

RAPPORT

L'action de la psychiatrie pour l'accès et le maintien dans le logement des personnes vivant avec des troubles psychiques en Île-de-France

Dr Martine BARRES
Mars 2016

SOMMAIRE

I. Problématique et contexte	6
• Le problème de logement des personnes vivant avec des troubles psychiques.....	6
• Le rôle de la psychiatrie et les pratiques de soins liées au logement	7
• L'évolution du contexte social et médico-social	9
II. La mission menée auprès des équipes de psychiatrie en Ile de France	12
1. Méthode d'approche	12
2. Premiers constats.....	12
III. L'intervention psychiatrique à domicile: des actions de soins dédiées au « vivre chez soi, dans la cité » :	13
1. La visite à domicile de patients suivis en soins ambulatoires	14
2. Les soins intensifiés au domicile de patients lors de périodes de fragilité ou de crise.....	15
➤ Les équipes dédiées aux soins intensifiés à domicile	15
➤ L'HAD	16
3. La réponse à l'alerte	17
IV. Le logement, cadre d'un projet de réhabilitation psycho-sociale ou de réinsertion.....	18
1. Soins de réadaptation et de réhabilitation en logement dédié	20
➤ Appartements et maisons thérapeutiques : des unités de soins offrant le cadre d'un travail sur le logement.....	20
➤ Appartements associatifs et maisons communautaires à visée thérapeutique : des logements assortis d'un contrat de soins	21
2. Le logement ordinaire accompagné de soins, et les partenariats avec les acteurs du logement.....	25
V. La nécessité d'un dispositif varié	26

VI. La place du service social en psychiatrie.....	28
VII. La psychiatrie et les conseils locaux de santé mentale	29
VIII. Conclusions	30
1. Synthèse des données recueillies par l'ARS auprès des établissements d'Ile de France.....	30
2. Conclusions.....	31
Annexes	34
Annexe 1 : les données recueillies par l'ARS	35
Annexes 2 : Outils	46
1- CONVENTION DE COOPERATION RPSM 78	46
2- CHARTE DE PARTENARIAT SANTE MENTALE ET LOGEMENT EN ISERE.....	49
Annexes 3 : quelques témoignages	55
1- Le dispositif de la MGEN.....	55
2- De l'Hébergement thérapeutique au « Un chez soi d'abord »	59
3- Illustration par une situation clinique à Argenteuil.....	78
4- Outils de l'hébergement actuellement en place sur le pôle de psychiatrie de l'hôpital Robert Ballanger, Aulnay Sous-Bois ...	81
5- Conférence donnée par le Dr Clément Bonnet	84
Le rôle des CLSM	89
Annexes 4 : personnes et équipes rencontrées	91

Préambule

Dans le cadre des travaux menés par l'ARS d'Ile de France, la mission confiée au Dr Barrès a pour objet de mieux connaître les pratiques et les organisations des équipes de psychiatrie d'ile de France visant à aider leurs patients à accéder et à se maintenir dans leur logement.

Elle fait suite à un premier travail d'inventaire des modes d'action de la psychiatrie liés au logement, entrepris par la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale en 2012, avec ses correspondants et ses partenaires dans le champ concerné. Le document de travail issu de ces travaux a été communiqué en début de mission à l'ensemble des établissements d'Ile de France mettant en œuvre des services de psychiatrie, avec un courrier présentant la mission, et proposant aux équipes qui le souhaitaient de faire connaître leur expérience et leurs actions.

Il ne s'agit pas ici d'un état des lieux reposant sur une enquête à la recherche d'une exhaustivité mais d'une représentation du travail d'équipes qui, considérant que la question du logement des patients participe de leur rétablissement, se sont mobilisées de différentes façons pour répondre à ce besoin.

L'attention a ainsi été volontairement focalisée sur les équipes de psychiatrie, le travail des autres acteurs du logement et de l'accompagnement étant laissé en perspective, afin de mettre en évidence le rôle des équipes soignantes et la spécificité de leurs actions.

Ce travail des équipes de psychiatrie contribue aux objectifs de l'ARS de virage ambulatoire et de développement d'alternatives à l'hospitalisation.

Dans le cadre de l'article 69 de la loi de modernisation de la santé, l'ARS utilisera le présent rapport pour susciter le débat et faire émerger les projets à inscrire dans le projet global de territoire en santé mentale :

- au niveau des établissements, afin de faire apparaître une politique d'établissement qui fasse du travail de la psychiatrie dans le logement un axe d'engagement prioritaire traduit dans les CPOM
- au niveau territorial, en organisant les rencontres entre usagers, élus et acteurs du logement et de l'accompagnement social avec les équipes de psychiatrie et du médico- social afin de mobiliser une politique d'inclusion active reposant sur l'accès et le maintien dans le logement

I. Problématique et contexte

• Le problème de logement des personnes vivant avec des troubles psychiques

Les troubles psychiques, particulièrement ceux qui sont liés à des pathologies au long cours handicapantes (comme la schizophrénie, les troubles bipolaires ou les formes graves de troubles obsessionnels, notamment), génèrent des pertes de capacité à entreprendre et réaliser les actes de la vie quotidienne, ainsi que des difficultés relationnelles dans la vie familiale, sociale ou professionnelle. Conjugés à la stigmatisation attachée à la maladie mentale en général, ces troubles amènent fréquemment les personnes à une situation d'isolement et de précarité, voire à la perte de leur logement, à l'errance ou l'exclusion sociale.

La problématique est donc double : d'une part, leur situation sociale dégradée et leurs faibles ressources amènent beaucoup de personnes souffrant de troubles psychiques à occuper des logements précaires, voire insalubres; d'autre part, leurs troubles peuvent les conduire à une grave incurie dans le logement et à divers problèmes avec le voisinage.

Par ailleurs, la grande exclusion produit une souffrance psychique intense et conduit à des réaménagements psychiques dont les conséquences peuvent être assez proches de celles décrites précédemment, en termes de rupture des liens familiaux et sociaux, de désaffection et de perte des capacités dans les actes de la vie quotidienne ; elle peut conduire à des troubles psychiques avérés, fréquemment compliqués de troubles physiques sévères. Pour les personnes souffrant de troubles psychiques se trouvant en situation de grande exclusion, ces deux problématiques se potentialisent. La situation est souvent compliquée encore par des addictions.

Un très grand nombre de personnes vivant avec des troubles psychiques se trouvent ainsi sans logement ou en danger de le perdre :

- des personnes sans abri (environ 30% de personnes souffrant de pathologies psychiques parmi les personnes sans abri¹)
- des personnes hébergées dans leur famille ou par des proches dans des conditions précaires, faute d'autre solution
- des personnes en logement précaire (hôtels, squats...), ou en situation précaire dans leur logement personnel (logement insalubre, ou rendu insalubre du fait de l'incurie)
- des personnes hospitalisées en psychiatrie faute d'autre solution (dont le nombre a été estimé à 13 000 lors du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008) des personnes hébergées temporairement dans les dispositifs sociaux, sans solution de relais (CHRS, centre d'hébergement d'urgence, lits halte soins santé...)

¹Rapport sur *La santé des personnes sans chez soi* - Vincent Girard – 2009

La problématique du maintien ou de l'accès au logement des personnes souffrant de troubles psychiques est donc vaste et complexe ; elle concerne un très grand nombre de personnes, dont les besoins d'accueil et d'accompagnement sont très variés. Les réponses à apporter font appel à une large palette de logements, de services et d'établissements, et d'interventions de professionnels variés dans les champs du logement, de la santé, de la lutte contre les exclusions et du handicap, et elles font appel à la collaboration entre ces divers acteurs. Pour tous ces acteurs du soin et de l'accompagnement le logement peut être vu à la fois comme un lieu où s'expriment les troubles et comme un support indispensable au rétablissement de la personne, comme un lieu à risque d'isolement et comme un lieu de réhabilitation.

Dans ce travail, le focus sera mis sur la question du logement (ordinaire ou adapté) en le différenciant de l'hébergement médico-social, qui est destiné aux personnes les plus handicapées. Les structures d'hébergement médico-sociales font l'objet d'autres travaux au sein de l'ARS. Cependant, les acteurs du champ médico-social sont aussi très présents dans le champ du logement en étant gestionnaires de dispositifs de logements accompagnés, ainsi qu'en développant des services d'accompagnement (SAVS et SAMSAH) auprès des personnes.

Il s'agit en effet de :

- **prévenir la perte du logement par l'accompagnement et les soins** : la plupart des personnes souffrant de troubles psychiques vivent en logement ordinaire, en lien avec leur environnement social et familial ; suivant leur situation et leur état de santé, l'accès aux soins psychiatriques ambulatoires, à un suivi social, à diverses aides à domicile et, le cas échéant, à un accompagnement par un SAVS ou un SAMSAH adapté, seront déterminants.

- **développer pour les personnes les plus en difficulté une offre de logements « adaptés », assortie d'accompagnement et de soins** : de ce point de vue, on peut constater ces dernières années la profusion de diverses formules de logements dédiés aux personnes qui souffrent de troubles psychiques dans le champ de l'action sociale (programmes de lutte contre les exclusions, ou en faveur des personnes handicapées), de façon cependant très morcelée et très inégale selon les territoires, et avec des modalités diverses de partenariat avec les équipes de psychiatrie.

• Le rôle de la psychiatrie et les pratiques de soins liées au logement

La pratique psychiatrique, en intégrant le fait social, s'est donnée pour objectifs de soigner les personnes souffrant de troubles psychiques en proximité et dans leur environnement en garantissant une continuité des soins.

La mission relative de « réinsertion sociale » des personnes souffrant de troubles psychiques, a été, dès l'origine, constitutive de la politique de secteur en psychiatrie, même si ces termes n'apparaissent qu'en 1990 dans la loi, et bien que l'ensemble des actions menées hors l'hôpital ait été désigné jusqu'à la réforme de 1985 comme « prévention ».

Cette mission de réinsertion, qui n'a donc jamais été véritablement définie dans les textes, a généralement été conçue dans un sens très large, et les établissements publics ou privés participant à la lutte contre les maladies mentales ont mis en œuvre une grande variété d'actions visant à maintenir ou à restaurer l'insertion sociale et professionnelle des patients, développant à cet effet différents dispositifs de soins, accompagnant certains patients dans leur lieu de résidence, créant des associations « de secteur » pour accompagner les patients de façon plus souple et qui ont permis notamment de leur proposer des logements (les « appartements associatifs »)², et créant au besoin des structures médico-sociales pour l'accueil des patients les plus en difficulté.

De fait, grâce à la créativité de nombreuses équipes, la psychiatrie a joué un rôle d'innovation sociale en développant, non seulement des soins au domicile des patients, mais aussi en mettant elle-même en œuvre des formules de logement adaptés à leurs difficultés, à défaut de solutions prises en charge par la communauté. Jusqu'à cette dernière décennie en effet, la plupart des acteurs sociaux et médico-sociaux considéraient l'ensemble des besoins des personnes souffrant de troubles psychiques, y compris leur hébergement, comme « relevant de la psychiatrie », selon la formule qui qualifiait la personne elle-même.

Le développement relativement récent de projets d'accueil et d'accompagnement adaptés aux besoins de ces personnes, dans le champ de l'action sociale, résulte en particulier de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Le développement de ces structures ou services adaptés a pu s'inspirer de certaines réalisations en psychiatrie, comme les clubs thérapeutiques, ou les appartements associatifs.

Les acteurs du champ social et médico-social ont donc évolué, les projets de logement adaptés aux personnes souffrant de troubles psychiques se sont multipliés, les savoirs faire se sont développés et les équipes de psychiatrie peuvent désormais trouver des partenaires pour le logement des patients y compris pour les plus invalidés par la maladie. Mais des inégalités demeurent dans la répartition territoriale de ces différentes actions.

Depuis quelques années, on peut constater une dynamique de partenariat nouvelle qui rassemble des équipes de soins psychiatriques et des acteurs sociaux et médico-sociaux autour de projets de « réhabilitation psycho-sociale », chacun mettant sa compétence au service du « rétablissement » et de l'inclusion sociale des personnes.

Le travail de réhabilitation recouvre aujourd'hui un ensemble d'actions, faites de soins et d'accompagnement des personnes, visant à leur permettre de recouvrer des compétences et un « pouvoir d'agir sur la qualité de leur vie quotidienne et la relation avec leur environnement. Pour les tenants du concept, ce processus permet in fine le

² Art. L 3221-2 du Code de la santé Publique : *Afin de mettre en œuvre une démarche thérapeutique, une association de soins, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation régie par les dispositions de la loi de 1901 peut être constituée, regroupant notamment des patients, des personnels hospitaliers et des tiers, personnes physiques et morales.*

« rétablissement », c'est-à-dire cette capacité de la personne à reprendre possession de sa vie et surmonter ses troubles sans en être nécessairement « guérie ».³

Dans le domaine des soins psychiatriques. L'intervention de réhabilitation se fonde sur une évaluation fonctionnelle qui répertorie les besoins exprimés de la personne, les besoins objectivés par l'entourage et les professionnels, les compétences adaptatives pré morbides, les stressors, les ressources personnelles et environnementales, les difficultés rencontrées dans les domaines cognitifs, psychologiques de la vie quotidienne, sociale et relationnelle. Le bilan neurologique est très important, la présence de troubles cognitifs compromettant le pronostic fonctionnel. Il est alors indiqué de développer à leur rencontre des stratégies thérapeutiques adaptées. A l'issue de ce bilan, les interventions se priorisent donc avec la personne selon un schéma personnalisé, compensatoire et écologique, c'est-à-dire en tenant compte de l'environnement dans lequel évolue la personne. Les interventions à domicile ou en situation sont celles qui donnent le plus de résultat.⁴

Certains établissements ou équipes de psychiatrie ont ainsi mis en place des dispositifs coordonnés, ou participent à des réseaux dédiés au logement des personnes souffrant de troubles psychiques sur leur territoire.

• L'évolution du contexte social et médico-social

La question du logement des personnes qui souffrent de troubles psychiques a donné lieu à **de multiples initiatives** des acteurs de l'action sociale et médico-sociale, dans le domaine de la lutte contre les exclusions, comme dans le domaine des personnes handicapées. Il faut également souligner la **préoccupation croissante** des acteurs du logement, et notamment des bailleurs sociaux, pour trouver des réponses d'accompagnement permettant aux personnes les plus en difficulté de rester dans leur logement.

On doit ainsi relever la multiplicité des formes d'intervention en ce qui concerne **l'aide et l'accompagnement des personnes en logement ordinaire** :

- **l'évolution de l'aide sociale à domicile dont les professionnels sont mieux formés.** Il existe des formules d'aide à domicile (aides aux travaux ménagers, portage de repas, etc.) adaptées aux personnes avec handicap d'origine psychique, le cas échéant mis en place en collaboration avec des établissements de psychiatrie.
- **le développement des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)⁵** : leur mission est d'accompagner les personnes

³La réhabilitation aujourd'hui : une dynamique renouvelée- Pluriels n° 94-95- janvier-février 2012 ; v. aussi La réhabilitation aujourd'hui : les pratiques - Pluriels n° 96/97 mai-juin 2012

⁴Idem – interview de Réh@b

⁵En Ile de France, on recense en 2015 1430 places SAMSAH réparties sur 41 structures et 2788 places SAVS sur 74 structures. Une grande proportion de ces places est dédiée au handicap psychique.

handicapées dans leur vie quotidienne et de les aider à maintenir ou reconstruire leurs liens avec leur environnement familial, social ou professionnel. L'étude menée par le Cédias⁶ en 2010 met bien en évidence l'action développée par ces services pour accompagner les personnes dans leur logement.

On relève aussi différentes formes de mise à disposition de logements : la formule des **appartements associatifs**, notamment, est de plus en plus souvent proposée par des associations indépendantes des établissements de santé, gestionnaires de structures d'hébergement médico-social le cas échéant, qui agissent en partenariat avec les équipes de soins. Plus largement, les diverses formes de médiation locative⁷ ouvrent des voies nouvelles pour le soutien au logement des personnes en difficulté.

Diverses autres formules de **logement adapté** répondent aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques. Elles conjuguent généralement une forme d'adaptation par regroupement de logements individuels autour d'espaces communs - permettant de « vivre seul sans être seul » - et une forme d'aide humaine apportant aux personnes logées un sentiment de sécurité, un soutien dans le logement, et une certaine convivialité entre elles et pouvant assurer une véritable veille sur leur état de santé.

Deux formes spécifiques se sont notamment développées ces dernières années :

- au sein du programme des maisons-relais / pensions de familles, petites résidences sociales destinées à des personnes en situation de précarité et en grande difficulté pour se maintenir dans un logement ordinaire, **les résidences accueil**⁸ ont été développées pour accueillir principalement des personnes souffrant de troubles psychiques : pour garantir l'accès des résidents aux services dont ils peuvent avoir besoin, ces résidences ajoutent, aux caractéristiques des maisons-relais, un partenariat systématisé avec une ou plusieurs équipes de psychiatrie et avec un service d'accompagnement pour personnes handicapées.

Le modèle des résidences accueil présente l'intérêt de conjuguer une forme d'aménagement du logement - habitation assortissant un logement personnel et des parties communes, avec la présence des hôtes - et l'organisation de l'accès aux services de soins psychiatriques (convention avec une équipe de

⁶ *Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ?_ CEDIAS_ 2011*

⁷ *La médiation locative ou intermédiation locative désigne de façon générale l'intervention d'un tiers dans la relation entre un bailleur et son locataire, ce dernier étant généralement choisi parmi des personnes dites défavorisées. Cette médiation est plus ou moins développée selon le rôle assigné ou non au tiers auprès de l'occupant du logement : gestion locative simple, gestion locative adaptée, accompagnement social lié au logement. Les cadres de financement de ce principe sont divers, faisant appel selon les cas et selon des montages variés aux FSL gérés par les conseils généraux, au bénévolat attaché à certaines associations, aux dons, à la garantie des risques locatifs...Sa particularité est d'établir un pont entre hébergement et logement puisque sa finalité est bien le logement autonome et de droit commun bénéficiaires.*

⁸ *Circulaire DGAS 2006-523 du 16 novembre 2006*

psychiatrie), ainsi qu'aux services d'accompagnement social ou médico-social pour l'accompagnement individuel des personnes selon leurs besoins dans le cadre des plans personnalisés de compensation (convention avec SAVS ou SAMSAH).

- **Les « familles gouvernantes »** - à ne pas confondre avec l'accueil familial - sont une formule assez proche, mise souvent en œuvre par des associations de tutelle pour les personnes protégées. Dans cette formule, l'aide à la vie quotidienne dans le logement, et une certaine forme d'accompagnement individualisé des personnes sont confondus dans le rôle des dites gouvernantes financées par mutualisation de la PCH des colocataires.

Par ailleurs, il est intéressant de souligner l'évolution des **structures médico-sociales avec hébergement pour personnes handicapées**, qu'elles comportent un personnel soignant (foyers d'accueil médicalisé et maisons d'accueil spécialisé), ou non (foyers de vie et foyers d'hébergement) : dans les projets nouvellement élaborés, le souci de la qualité de l'habitat est de plus en plus présent, les grandes capacités font place aux petites unités de vie, parfois dispersées dans plusieurs immeubles ou quartiers.

De fait, on constate aujourd'hui un quasi continuum entre le logement adapté, assorti de services, et les établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées.

Il faut remarquer cependant, que la question de **l'accessibilité et de l'aménagement du logement**, au sens de la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, n'a pas encore été beaucoup réfléchi ni appliquée pour les personnes dont le handicap trouve, pour tout ou pour partie, son origine dans l'altération de fonctions mentales, cognitives ou psychiques. Pour ces personnes, outre les aménagements architecturaux combinant logement personnel et espaces communs, l'accessibilité du logement tient essentiellement à une présence humaine, ayant pour fonction de rendre le logement accueillant, sécurisant et convivial : les gardiens d'immeuble participent ainsi à l'accessibilité du logement ordinaire ; les « hôtes » des pensions de famille/résidences accueil ou les « familles gouvernantes » offrent certains modèles pour l'adaptation du logement aux besoins des personnes.

II. La mission menée auprès des équipes de psychiatrie en Ile de France

1. Méthode d'approche

L'exploration des actions menées par les équipes de psychiatrie en Ile de France a été réalisée par la rencontre d'une vingtaine d'équipes de secteur volontaires (liste en annexe), à Paris et dans les autres départements d'Ile de France. Elle ne doit pas être considérée comme représentative de l'ensemble des équipes, mais comme un travail qualitatif, réunissant des témoignages dans le but d'éclairer les diverses modalités d'action de la psychiatrie aujourd'hui.

La chargée de mission a rencontré les psychiatres, chefs de pôle et psychiatres du secteur, accompagnés généralement des membres de l'équipe les plus concernés par la question (cadres de santé et infirmiers, assistantes de service social, psychologues ou éducateurs).

Chaque entretien, d'une heure et demie à deux heures, a porté sur l'expérience, les réflexions, les pratiques de ces équipes ayant pour objet l'accès ou le maintien dans le logement des personnes qu'ils soignent. La chargée de mission a pu également participer à quelques réunions d'équipe dédiées aux interventions à domicile ou aux dispositifs de logement.

2. Premiers constats

En dépit de la diversité des équipes, de leur histoire, de leur équipement et de leurs modes d'action, ce qui frappe dans l'ensemble de leurs propos et de leur activité, ce sont des convergences, et tout d'abord une constante parmi ces équipes: **la question du logement mobilise toujours autant, et les pratiques dites de secteur sont bien vivaces.**

Le soin psychiatrique s'exerce en lien avec les conditions de vie des patients ; aller vers les personnes, à leur domicile, en est une modalité usuelle, de même que faciliter l'accès au logement pour les patients qui ont besoin pour cela d'une médiation et d'accompagnement; ces pratiques sont aussi en constante évolution, notamment du fait des changements intervenus dans le champ social et du développement de partenariats nouveaux.

Au regard des dynamiques observées, nous soulignons ainsi 5 points forts, pouvant constituer autant d'axes d'analyse du travail de la psychiatrie:

- L'intervention psychiatrique à domicile
- Le logement comme cadre de projets de réhabilitation psycho-sociale
- Le rôle et l'organisation du service social en psychiatrie
- Le déploiement d'une gamme diversifiée de logements
- Les perspectives ouvertes par les conseils locaux de santé mentale

III. L'intervention psychiatrique à domicile: des actions de soins dédiées au « vivre chez soi, dans la cité » :

L'intervention à domicile fait partie des modalités usuelles de soins en psychiatrie de secteur, inscrite dans le Code de la Santé Publique :

Art R3221 : La prévention, le diagnostic, les soins, la réadaptation et la réinsertion sociale prévus aux articles L 3221-1 et L 3221-4 sont assurés notamment :

1° Dans des services spécialisés comportant ou non des possibilités d'hébergement total, ou d'hébergement de jour ou de nuit ;

2° A la résidence des patients ;

3° Dans les établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux où résident les patients :

- L'intervention à domicile reste cependant mal répertoriée et peu valorisée dans les recueils d'activité des équipes de psychiatrie, et il en résulte des données incomplètes et hétérogènes. Les modalités de soins et d'accompagnement psychiatriques dans le logement sont de ce fait mal connues à l'extérieur des établissements, voire peu soutenues dans les établissements car elles sont parfois considérées comme trop chronophages et donc contraires à une organisation rationnelle du temps soignant pour des équipes qui se perçoivent comme débordées de demandes auxquelles elles ne peuvent répondre. Tout en pratiquant ces interventions les équipes énoncent deux types d'arguments
 - pragmatiques : « nous voudrions bien en faire plus mais n'avons pas les moyens »
 - éthiques : nous ne pouvons pas privilégier une action qui forcerait la porte de ceux qui n'ont pas de demande par rapport à la quantité de ceux qui demandent des soins et sont en attente d'une réponse.

Dans le Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rimpsy), la VAD est identifiée via le lieu de l'acte ambulatoire, soit le code L07 « domicile du patient (hors HAD psychiatrie) ou substitut du domicile » qui peut comprendre aussi le logement des parents, et des proches s'il s'agit du lieu de résidence habituelle, mais pas l'hébergement en établissement social ou médico-social, qui lui est codé L08.

Bien que le nombre de personnes vivant en logement soit bien supérieur à celui des personnes en hébergement, la Statistique annuelle des établissements (SAE) dénombrait en 2014 pour la psychiatrie générale en Ile de France 114000 actes à domicile ou en substitut de domicile, et 231 000 actes en établissement social ou médicosocial.

Le témoignage des équipes rencontrées fait apparaître trois grandes modalités d'intervention psychiatrique à domicile ⁹:

⁹ L'ANAP, dans un travail récent (*Interventions à domicile des équipes de psychiatrie – retour d'expériences - 30 janvier 2015*), propose une typologie assez proche : interventions à domicile de suivi, correspondant aux VAD : interventions à domicile de crise, se rapprochant de l'HAD ; interventions à domicile d'accompagnement, VAD renforcées ; interventions à domicile d'orientation et d'évaluation, pour répondre à la non-demande des personnes ou la demande de familles ou de tiers.

1. La visite à domicile de patients suivis en soins ambulatoires

La visite à domicile (VAD), souvent qualifiée de « traditionnelle » par les équipes, est pratiquée par toutes les équipes rencontrées, avec des fréquences cependant diverses selon les équipes.

La VAD est le plus souvent organisée à partir des CMP, discutée en équipe et prescrite par un médecin, généralement réalisée par des infirmiers, qui en font retour en équipe. C'est donc une pratique élaborée, encadrée, qui se démarque du simple acte à domicile. « *Il y a un travail avant, pendant et après la VAD* », dit un médecin.

La VAD concerne généralement les patients connus et suivis régulièrement en consultation ou soins de jour (Hôpital de Jour notamment). Le but premier est d'assurer la continuité des soins dans le contexte de vie réelle des personnes, en assurant la meilleure adéquation, acceptabilité et compliance aux soins possible.

La fréquence des visites à domicile est modulée en fonction de la situation et du projet de soins de chaque personne. Le suivi à domicile peut ainsi être occasionnel, intermittent, ou régulier. Il est proposé à des personnes très en difficulté pour adhérer à un projet de soins, ou à des personnes très en difficulté dans leur logement. Des VAD peuvent aussi être organisées au décours d'une hospitalisation d'un patient, en vue du maintien du logement et de la préparation à la sortie.

L'intervention auprès du patient dans son milieu de vie, en lien avec ses proches et voisinage, permet aux équipes de soins d'évaluer la situation des personnes, leurs conditions de vie, leur autonomie dans la vie quotidienne, pour adapter le suivi.

Outre l'observation clinique, l'intervenant, généralement un infirmier, plus occasionnellement un autre professionnel de l'équipe, apporte des soins psychiques, et éventuellement distribue les médicaments, et le cas échéant, il peut apporter une aide ponctuelle facilitant la vie quotidienne, comme par exemple une aide pour certaines démarches administratives ou l'organisation du logement.

La VAD permet ainsi de travailler avec les personnes le maintien dans le logement et l'insertion sociale, en lien avec leur entourage et les cas échéant, les autres intervenants à domicile (aides à domicile notamment). Elle peut aussi accompagner les transitions, comme aider une personne à changer de domicile (préparer le changement, déménager, s'installer dans un nouveau logement), ou le cas échéant faciliter le relais par une autre équipe de soins.

Bien que partageant ces principes généraux, les équipes recourent plus ou moins à la VAD comme modalité de soin. Certaines mettent en avant le risque d'intrusion, limitent fortement les indications de la VAD et leur fréquence, et n'interviennent à domicile qu'avec l'accord formel du patient. D'autres, qui se disent parfois elles-mêmes « interventionnistes », mettent l'accent sur les risques d'isolement et de dégradation de l'état de santé, considèrent que la non intervention peut relever de la non-assistance à personne en danger, et peuvent intervenir, par exemple, au domicile d'un patient qui s'absenterait sans avertir au cours d'un programme de soins.

Certaines équipes disent par ailleurs n'avoir plus les moyens de réaliser autant de VAD qu'ils l'estimeraient nécessaire.

2. Les soins intensifiés au domicile de patients lors de périodes de fragilité ou de crise

➤ Les équipes dédiées aux soins intensifiés à domicile

Certaines équipes ont mis en place, au niveau sectoriel ou intersectoriel, une **équipe dédiée aux soins intensifiés à domicile**, pour intervenir auprès de patients durant des périodes déterminées, dans le but de réduire le recours à l'hospitalisation.

Il s'agit d'une modalité des soins qui n'est actuellement ni réglementée, ni répertoriée dans sa spécificité, contrairement à l'HAD qui suit.

Dans le Rimpsey, les soins intensifiés sont donc inclus dans le même recueil d'information de l'activité ambulatoire que les VAD ; ils s'en distingueront uniquement par la densité des actes par patient et la pluralité des intervenants.

Les circonstances et objectifs peuvent en être variées, comme :

- Aider un patient déjà suivi à traverser une période de crise, ou intervenir en situation annonciatrice de crise de façon à la prévenir
- Accompagner le retour chez soi après une période d'errance, ou une hospitalisation prolongée

Il s'agit d'équipes identifiées au sein du service ou du pôle, composées cependant de membres de l'équipe de secteur ayant généralement d'autres fonctions dans le service (cette double activité assurant aussi une fonction de continuité), dont la mission repose sur un projet de soins spécifiques au domicile du patient.

Ce projet de soins est défini par ses indications, sa temporalité et ses modalités : par exemple, il s'adresse à des patients traversant des périodes critiques, sur la base d'un contrat de soins d'un mois renouvelable, réalisé par la venue quotidienne d'infirmiers au domicile, et de consultations au moins hebdomadaire d'un médecin. Un soutien à l'équipe sous forme de supervision/échange de pratiques peut être réalisé par un psychologue du service.

Cette forme de soins à domicile s'inscrit dans le parcours de soins du patient, dans une logique de gradation des accompagnements ; le relais est généralement ensuite passé au CMP, pour les consultations et le cas échéant la poursuite de l'accompagnement soignant à domicile sous forme de VAD « simples ».

➤ L'HAD

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une forme de soins à domicile réglementée¹⁰, répondant à des critères précis :

- Durée limitée
- Continuité et coordination des soins permettant d'assurer une permanence 7j/7 et 24h/24
- Fréquence des actes au moins quotidienne
- Pluridisciplinarité

Jusqu'au début des années 2000, la psychiatrie était incluse dans le champ des incitations au développement de l'HAD¹¹, tout en précisant qu'elle était régie par les dispositions qui lui sont propres.

Aujourd'hui, les dispositions du code de la santé publique qui régissent l'autorisation des structures d'HAD, combinées avec les modalités de financement en tarification à l'activité, excluent de fait la psychiatrie du champ de ces autorisations. Dans son rapport précité, l'ANAP souligne le besoin d'une lisibilité politique et réglementaire concernant l'avenir de l'HAD en psychiatrie.

En psychiatrie, la notion d'HAD n'est pas récente mais son déploiement est resté localisé et en tous cas hétérogène suivant les régions et au sein de l'Île de France.

Au plan national, en 2014, les établissements déclaraient 648 places de HAD en psychiatrie pour une activité de 159 628 journées (SAE 2014).

En Île de France en 2014, 5 établissements déclaraient une activité d'hospitalisation à domicile en psychiatrie. La capacité déclarée est de 121 places pour 27 508 journées.

Dans le Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rimpsy), l'HAD est répertoriée comme une forme de prise en charge à temps complet et donc codée en séquences et séjours.

Parmi les équipes rencontrées, seules 2 ont mis en place un service d'HAD :

- Pour l'une, une HAD de 80 places a été mise en place dès 1973 par convention avec la CPAM, pour des soins intensifiés à domicile sur une période limitée, permettant, en relais d'hospitalisations, d'en raccourcir la durée.
- Pour la seconde, l'HAD s'adresse à des patients connus, qui ne vivent pas seuls à leur domicile, et se présente comme une solution alternative à l'hospitalisation complète, permettant le maintien à domicile pendant une période de déstabilisation de la pathologie. L'équipe dédiée intervient alors quotidiennement auprès du patient, y compris avec une astreinte le weekend.

¹⁰ Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences réglementaires de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 (Loi HPST)

Art D 6124-310 (V) du code de la santé publique

¹¹ Circulaire DHOS/O/n°44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile, partie IV.

Une des équipes rencontrées formule actuellement un projet d'HAD, qui lui permettrait d'associer des infirmiers libéraux, pour des soins à domicile alternatifs à l'hospitalisation.

Plusieurs équipes, ayant mis en œuvre des soins intensifiés à domicile, rejettent au contraire la formule HAD, jugeant ses dispositions trop contraignantes pour une bonne adaptation aux besoins des patients et une modulation souple suivant leur évolution.

En effet en psychiatrie, la pratique des soins à domicile étant inscrite dans les modalités thérapeutiques courantes, les dispositions réglementaires spécifiques à l'HAD, notamment sur une temporalité courte et des types d'actes complexes qui s'adaptent mal à la pratique psychiatrique, peuvent être difficiles à mettre en œuvre.

3. La réponse à l'alerte

Dès lors qu'elles peuvent intervenir à domicile, les équipes de psychiatrie reçoivent des sollicitations de tiers, qui alertent sur la situation de personnes non connues du service, ou en rupture de soins, et leur paraissant nécessiter une intervention sans que leur demande soit toujours clairement exprimée.

La personne qui sollicite le service peut être un proche de la personne en difficulté, un travailleur social, un bailleur, un gardien d'immeuble...La liste est longue, et elle s'accroît au fil des rencontres dans la communauté et des partenariats établis.

Même si elles ont mis en place des interventions à domicile, toutes les équipes n'acceptent pas de répondre à l'alerte par des tiers, limitant par exemple leur réponse aux patients déjà connus, et appelant les autres à prendre rendez-vous au CMP, ou à s'adresser aux urgences, ou, le cas échéant, orientant les proches vers les services de police.

Certaines équipes se sont cependant organisées pour répondre aux sollicitations de tiers pour des personnes non connues du service.

Pour celles-ci, chaque réponse à une alerte fait d'abord appel à une élaboration : dans un premier temps, l'équipe écoute et analyse la demande d'intervention, recherche la médiation d'un proche ou d'une personne de confiance, parmi des intervenants sociaux connus de la personne, par exemple. La situation requiert parfois le recours aux services d'urgence et à l'hospitalisation, mais plus généralement, cet accueil et cette écoute de l'équipe permet de rassurer et d'aider le demandeur, d'amener progressivement la personne vers les soins, et d'éviter les circuits de l'urgence ou le recours aux procédures de contrainte. De ce fait, l'intervention de l'équipe au domicile d'une personne non connue et qui n'est pas elle-même demandeur de soins reste rare.

Les équipes répondant à l'alerte par un tiers peuvent intervenir en lien avec les services sociaux ou les services de police, pour une analyse en commun, voire des interventions conjointes qui leur permettent de traiter des situations compliquées ; une équipe, ayant instauré un travail régulier avec l'équipe de police, juge même la présence de l'autorité de police apaisante dans certaines situations.¹²

IV. Le logement, cadre d'un projet de réhabilitation psycho-sociale ou de réinsertion

À l'origine, les textes distinguaient l'appartement thérapeutique, structure de soins à temps complet, de l'appartement associatif, géré par des associations issues des établissements de psychiatrie, et considéré comme le logement de la personne.

Les « **appartements thérapeutiques** » sont brièvement définis dans les textes comme des *unités de soins, à visée de réinsertion sociale, mis à disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante, sinon continue, de personnels soignants* (arrêté du 14 mars 1986).

Au plan national, une centaine de secteurs mettent en œuvre un appartement thérapeutique, pour environ 1500 patients (ScanSanté 2014) ; on compterait un millier de places en psychiatrie générale, et une trentaine en psychiatrie infanto-juvénile (Rapports d'Activité en Psychiatrie de 2008 – DREES).

159 places sont déclarées par les établissements d'Ile de France dans la SAE 2014. Seuls 8 établissements déclarent des actes, correspondant à 45267 journées.

Les appartements thérapeutiques et maisons thérapeutiques (de plus grande capacité) sont donc des unités de soins qui entrent dans les prises en charge à temps complet, mais considérées comme « alternatives à l'hospitalisation », car les indications et les objectifs sont différents.¹³ Ces structures visent à soigner la personne dans le cadre d'un logement, proche de l'ordinaire, qui lui permette de se mettre en situation de vie quotidienne, d'évaluer ses difficultés, de retrouver et d'exercer ses habiletés, en vue de

¹² Même s'ils n'ont pas été analysés dans le cadre de cette mission, certains dispositifs spécialisés s'inscrivent dans la logique de réponse à l'alerte : il s'agit des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et des équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé (EMPSA). En principe, ces équipes ont un champ d'intervention à minima intersectoriel ; n'ayant pas vocation à se substituer aux prises en charges du secteur, elles sont naturellement tournées vers la réponse à l'alerte, et particulièrement vers le domicile ou substitut de domicile. Bien entendu elles ont d'autres fonctions et assurent aussi des interventions programmées sur des sites propices à la détection et à l'évaluation : par exemple centres municipaux de santé, établissements sociaux ou médicosociaux, etc.

En 2015 on dénombrait en Ile de France 19 structures identifiées « équipe mobile psychiatrie précarité » et 8 structures « équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé ».

¹³ On pourrait ajouter sous cet intitulé l'**accueil familial thérapeutique** (AFT) et service de **post cure**, qui n'entrent pas dans le cadre de cette étude. Toutes ces structures ont en principe pour objet la réadaptation et la réhabilitation psycho-sociale de patients sortis de la phase aiguë de la maladie, termes qui peuvent recouvrir des projets de soins très divers, sur des durées également très différentes, selon les besoins des personnes et les orientations de l'équipe.

son rétablissement. Cependant, selon les établissements et les équipes qui les mettent en œuvre, le projet de soins et l'accompagnement du projet de vie de la personne peuvent être fort différents.

La plupart des établissements de psychiatrie ont par ailleurs mis en œuvre, par l'intermédiaire d'associations ad hoc, **des appartements dits associatifs**, qui ont constitué l'une des premières modalités de « logement accompagné » pour les personnes souffrant de troubles psychiques. L'association porteuse issue de l'établissement, en général très majoritairement constituée de soignants et plus ou moins dépendante de l'établissement sur le plan financier, gère des logements qu'elle loue ou sous-loue à des personnes suivies en psychiatrie, réalisant ainsi une sorte de médiation qui doit faciliter l'accès au logement ordinaire pour ces personnes, l'équipe de secteur garantissant le suivi des soins. Mais parfois, la pérennisation du lien étroit avec l'hôpital, - avec par exemple des appartements sur le site de l'hôpital, devient la condition nécessaire à la stabilisation de la personne au risque que se perde la perspective de trajectoire vers un ailleurs. Ces appartements associatifs ne sont ni réglementés ni répertoriés et leur nombre n'est pas connu au niveau national.

On a pu constater une certaine confusion entre appartements thérapeutiques et appartements associatifs gérés par un établissement de psychiatrie avec des modalités d'intervention des soignants assez semblables, lorsque le but de ces derniers est également thérapeutique, et leur occupation liée à un contrat de soins avec la personne.

Cependant, de plus en plus d'associations à but social, indépendantes des établissements de psychiatrie, peuvent aujourd'hui proposer une médiation locative et un accompagnement socio-éducatif aux patients suivis en psychiatrie. Elles ont peu à peu développé un savoir-faire et des partenariats avec les services à la personne médico-sociaux. La question se pose donc de la plus-value apportée par la psychiatrie dans la gestion de ces appartements associatifs, lorsque d'autres opérateurs sont présents.

D'une façon générale, la rencontre des équipes en Ile de France confirme une double évolution :

- Du côté des établissements de psychiatrie, il existe toujours des associations dites « de secteur », qui gèrent des formules d'appartements associatifs. Le projet est généralement défini en termes de réhabilitation psycho-sociale ; il conjugue le portage par une association liée à l'établissement, où participent des soignants, et la mise en œuvre par les équipes de secteur d'un projet de soins et d'accompagnement, visant, comme l'appartement thérapeutique, à l'accès futur en logement personnel.
- Des associations à but social indépendantes des établissements de psychiatrie gèrent à présent une partie des appartements associatifs dédiés à des patients en psychiatrie, en partenariat avec les équipes de psychiatrie. Parmi ces appartements associatifs, on peut distinguer schématiquement deux types:

- les uns sont conçus comme transitoires, liés à un projet thérapeutique qui vise à amener la personne à réaliser un futur projet de logement personnel : la mise à disposition du logement est liée au contrat de soins et à une temporalité définie. Nous les qualifierons de « appartements associatifs à visée thérapeutique »
- les autres sont à considérer comme des logements « adaptés », dont la jouissance relève du droit commun, sans échéance autres que celles d'un bail ordinaire.

Il faut souligner par ailleurs que la situation en Ile de France est marquée par la grande difficulté à obtenir des appartements. Les équipes sont donc très attachées à maintenir leur capacité de logements. La formule du bail glissant vers la personne, intéressante du point de vue de la continuité du projet de vie et de l'inclusion sociale existe, mais elle est exceptionnelle dans la région.

1. Soins de réadaptation et de réhabilitation en logement dédié

On rassemblera donc sous cet intitulé les appartements ou maisons thérapeutiques, et les appartements ou maisons associatifs à but thérapeutique, qui ont en commun de mettre en œuvre, dans le cadre d'un appartement ou d'une maison, un projet de soins de réadaptation et de réhabilitation psycho-sociale visant à restaurer les capacités dans la vie quotidienne et à permettre à la personne d'envisager de vivre chez soi.

➤ Appartements et maisons thérapeutiques : des unités de soins offrant le cadre d'un travail sur le logement

Parmi la vingtaine d'équipes rencontrées en Ile de France, seule une met en œuvre une structure de soins de type **maison thérapeutique**, et deux formulent un projet d'un **appartement thérapeutique** de quelques places.

Pour ces équipes, il s'agit de soigner dans un cadre qui permette de créer les conditions d'un exercice par les patients de leur autonomie dans la vie quotidienne (logement, entretien personnel, repas...) et de leur participation sociale.

La discontinuité de la présence de professionnels, la nuit ou les weekends, laissant un espace d'initiative au patient, paraît généralement nécessaire à ce projet, mais elle se heurte aux normes de l'hospitalisation complète.

On rencontre ainsi ces dernières années, souvent au grand dam des équipes, des fermetures de structures, comme des maisons thérapeutiques, au motif qu'elles ne répondaient pas aux exigences de soins à temps complet et engagent la responsabilité de l'établissement.

➤ **Appartements associatifs et maisons communautaires à visée thérapeutique : des logements assortis d'un contrat de soins**

Nous parlerons ici des logements conçus comme des logements de transition, visant, **dans le cadre d'un contrat de soins**, à l'essai et à l'apprentissage de la vie autonome, sur des temps limités, en vue de l'installation dans un futur logement personnel. Que ces logements soient gérés par une association de secteur ou par une association à but social, ils sont caractérisés par le fait que le projet de soins conditionne la mise à disposition du logement.

D'une façon générale, les soins sont apportés par les équipes de secteur selon le contrat défini avec le patient, réévalué en fonction de ses besoins ; ce contrat prévoit généralement un suivi en CMP, CATTP ou HJ, et des interventions de l'équipe dans le logement qui peuvent être de fréquence très variée, selon les projets et les périodes, de quotidienne à mensuelle, voire moindre.

Cependant, les résidents de ces appartements et maisons peuvent recevoir également d'autres interventions, de services d'aide à domicile ou de services d'accompagnement (SAVS ou SAMSAH), dans le cadre de partenariats établis avec les associations gestionnaires et les équipes de psychiatrie. L'intérêt d'un partenariat avec les services de tutelle est également à souligner.

Sur la question de l'entretien du logement et du ménage, par exemple, on peut distinguer trois types de situations, selon que la personne se débrouille toute seule, qu'elle a besoin d'aide et accepte d'être aidée par une aide-ménagère, ou qu'elle a besoin d'aide mais ne l'accepte pas : dans ce dernier cas, la question du ménage est travaillée par les soignants avec la personne dans le cadre du projet thérapeutique.

A ces prestations individuelles s'ajoutent généralement des interventions auprès du collectif de résidents, avec un travail sur le vivre ensemble, ainsi que des actions auprès du voisinage de la personne, auprès des gardiens d'immeuble notamment.

L'ensemble des équipes impliquées dans ce travail en appartements associatifs souligne que leur action, fondée sur le volontariat et généralement reconnue dans leur temps de travail (plus ou moins précisément), peut tenir aussi à une part de bénévolat. Elles expriment un sentiment de fragilité de ce dispositif, tant au regard des politiques d'établissement et des financements accordés, qu'au regard de l'offre réduite et du coût du logement dans leur environnement.

- ✓ **On distingue deux cas de figure, selon que les appartements sont gérés par une association créée par les équipes de secteur, ou, dans le cadre d'une convention de partenariat, par une association à but social, extérieure à l'établissement :**

- **La moitié environ des équipes rencontrées gèrent des appartements associatifs via une « association de secteur »** (ce qui ne les empêche pas, le cas échéant, d'être aussi en partenariat avec des associations extérieures, pour d'autres logements).

L'association est généralement composée essentiellement de soignants, mais peut faire place à des usagers, une association de familles, ou d'autres partenaires, sociaux ou médico-sociaux.

L'association est le plus souvent dédiée à un seul secteur, mais elle peut aussi et se dédier à un territoire de plusieurs secteurs, en rassemblant des membres de plusieurs équipes.

Les modalités de participation des professionnels à l'association et de leur intervention dans les appartements, et les financements dévolus au fonctionnement du dispositif sont précisées dans le cadre de conventions entre l'établissement et l'association. Les modalités de gestion des appartements (sous-location, montant des loyers, contrats et droits des patients) sont propres à chaque établissement. Cette gestion demande beaucoup de travail administratif (assurances, normes, loyers et quittances, contacts avec les bailleurs...) ainsi que du travail d'entretien, le cas échéant externalisé (mais dans ce cas, plus coûteux).

Les appartements sont individuels ou collectifs (de 2 à 4 places). Le nombre d'appartements individuels et collectifs dont dispose chaque secteur est variable, et représente de deux places à une quinzaine, selon les secteurs.

Les soignants participant à l'association interviennent dans les appartements pour des interventions orientées vers l'évaluation, le travail sur l'autonomie, les questions pratiques liées au logement, et, dans les appartements collectifs, le travail sur le vivre ensemble et la réunion de collectifs de résidents, en complémentarité avec l'équipe du CMP de secteur qui continue d'effectuer le suivi thérapeutique individuel de chaque personne.

Pour ces équipes, le logement peut être un médiateur du soin : *Par exemple, changer une ampoule électrique peut mettre certaines personnes en difficulté ; plutôt que faire à sa place, le soignant essaiera de comprendre les représentations de la personne et travaillera sur le système défensif qui la paralyse.*

La quasi-totalité des équipes gérant ainsi des appartements associatifs se réfèrent à des projets de réhabilitation psycho-sociale ou de réadaptation pour les patients concernés, selon des modalités et des temporalités cependant diverses.

Schématiquement, deux types de projets sont proposés, selon l'orientation du dispositif et la problématique des patients :

- **Des projets à court terme** (six mois à un an renouvelables), pour évaluer la situation et accompagner des patients dans leur projet de réinsertion sociale et de logement. Ces projets peuvent notamment s'adresser à de jeunes patients, encore hébergés dans leur famille ou sortant d'institutions (ASE, ESMS) ; pour ces jeunes, il s'agit d'envisager un travail pour apprendre à vivre chez soi, le cas échéant assorti d'un projet d'insertion professionnelle ou de reprise des études, en prévention de l'isolement et de la désinsertion précoce souvent liés à la maladie.
- **Des projets à long terme, voire sans terme défini** (trois ans et plus, parfois jusqu'à 8 ou 10 ans), pour accompagner le parcours de rétablissement et d'autonomie de patients très invalidés par la maladie (et par des hospitalisations prolongées). Ces projets peuvent être réalisés dans la continuité d'un travail mené en unité de post cure, en lien avec l'équipe de cette unité.
- **L'autre moitié des équipes travaille exclusivement en partenariat avec des associations qui gèrent des appartements associatifs** (ou d'autres formes de logement), par choix d'équipe ou selon le choix de l'établissement. La mise en œuvre de projets à visée thérapeutique conjugue alors, dans le cadre d'une convention de partenariat, un contrat de soins, entre la personne et l'équipe de psychiatrie, et un contrat de logement, entre la personne et l'association.

Dans ces formes de partenariat, on relève souvent une tension entre le projet de l'association, et le projet de l'équipe de psychiatrie, qui porte notamment sur trois points :

- **La temporalité** : les équipes de psychiatrie souhaitent généralement « laisser du temps » au patient, les associations souhaitent instaurer des échéances entraînant une dynamique de changement
- **Les exigences sur la tenue des logements** : les équipes de psychiatrie sont plus attentives à la vie psychique des personnes, les associations plus soucieuses d'insertion sociale
- **La gestion des périodes de vacance** : lorsqu'un locataire s'en va et qu'il faut le remplacer, l'équipe de psychiatrie peut souhaiter du temps pour présenter une candidature, mais ceci a un coût pour l'association.

Cette tension, cette confrontation des points de vue, peut être ressentie par les équipes de psychiatrie comme une contrainte, un frein, une entrave pour l'action thérapeutique, aussi bien que comme un stimulant pour la réhabilitation psychosociale des patients et l'équipe elle-même.

✓ **Cette actuelle dualité des modes de gestion des appartements thérapeutiques apporte quelques remarques et questions :**

• **Evolution des associations« de secteur » :**

Les associations de soignants qui se sont constituées autrefois pour la gestion d'appartements permettant de loger leurs patients, ont pu évoluer de trois manières :

- **En s'ouvrant à d'autres partenaires** : représentants des usagers en psychiatrie, associations de familles, divers partenaires du champ social ou médico-social
- **En faisant glisser la gestion des appartements** vers les partenaires, les soignants restant présents dans l'association, mais pas dans sa gouvernance
- **En élargissant les missions de l'association** au-delà du logement : vie sociale et citoyenneté, insertion professionnelle, ou encore loisirs et séjours de vacances.

• **Pourquoi une gestion par une association composée de soignants ?**

Pour les équipes concernées, l'argument est généralement que certains patients ne seraient accueillis et tolérés par aucun partenaire : patients très désinsérés, aux comportements difficiles ou particulièrement étranges, nécessitant un accompagnement sur un assez long terme ; sont également concernés parfois des patients soignés – le cas échéant au long cours – selon des procédures sous contrainte en programme de soins.

Par ailleurs, l'investissement de ces équipes dans les logements, sous ses aspects les plus matériels, leur semble apporter une dimension supplémentaire aux soins du patient : une dimension symbolique, qui ajouterait de la sécurité et de la confiance dans la relation soignante comme dans la relation entre la personne et son logement, et permettrait notamment de mieux l'accompagner dans les périodes de difficulté ou de crise : tout en restant dans son logement « *Quand tout va bien, la personne est chez elle ; quand cela va mal, elle est chez nous.* »

• **Pourquoi une gestion déléguée à un partenaire associatif ?**

Le premier argument est que la gestion et l'intermédiation locatives prennent du temps de soignants, qu'il vaut mieux consacrer aux soins, et que cela demande des compétences qui ne sont pas du métier des soignants.

Les équipes apprécient aussi le regard du tiers : sur les personnes, sur leur propre travail. Elles reconnaissent dans ces regards croisés une garantie pour le maintien d'une dynamique de projet avec la personne.

2. Le logement ordinaire accompagné de soins, et les partenariats avec les acteurs du logement

En sus des projets de réhabilitation psycho-sociale réalisant une transition vers un logement personnel, les équipes de psychiatrie sont engagées avec dans des partenariats divers pour l'accès et le maintien de leurs patients dans un logement personnel « de droit commun ».

Dans le cadre de ces partenariats avec des acteurs du logement, les équipes de psychiatrie sont appelées à garantir l'accès aux soins psychiatriques et le suivi des personnes en tant que de besoin dans le logement fourni par des bailleurs sociaux ou dans le parc privé.

Il s'agit donc d'abord d'un projet de logement, selon le droit commun et les règles propres aux différents dispositifs de logement impliqués, le partenariat avec la psychiatrie facilitant l'accès et le maintien des personnes dans leur logement.

Cela concerne le logement ordinaire, comme le logement adapté, assorti d'un accompagnement social.

De ce fait, les partenariats utiles sont nombreux :

- participation à des conseils locaux de santé mentale, commissions d'urbanisme, PLH, SIAO
- partenariats avec les bailleurs, notamment les bailleurs sociaux, et participation à des commissions d'accès au logement social
- partenariats avec des associations spécialisées gestionnaires de logements (appartements associatifs) et services de médiation locative
- partenariats avec des organismes gestionnaires de résidences sociales : maisons relais/pensions de famille et résidences accueil, foyers jeunes travailleurs ou migrants, foyers logements
- partenariats avec des services d'aide à domicile
- partenariats avec des services d'accompagnement social ou médicosocial (SAVS et SAMSAH)

Toutes les équipes sont engagées dans des partenariats de ce type, en nombre divers et avec plus ou moins de difficultés selon les territoires. Les relations avec les SIAO, par exemple, paraissent souvent difficiles, les équipes de psychiatrie ayant le sentiment d'un rejet à priori de leurs patients (mais il y a des exceptions).

Les relations avec les bailleurs sociaux sont fréquentes, et se traduisent généralement par un échange de bons procédés : les bailleurs font connaître à l'équipe les locataires en difficulté, et procurent des logements aux personnes proposées par l'équipe.

Tous ces partenariats peuvent aboutir à la réservation de places pour les personnes suivies en psychiatrie, en nombre très variable selon les secteurs, de 0 à une trentaine de places (sans compter les places en structure médico-sociale, ou en CHRS).

V. La nécessité d'un dispositif varié

1. Pour répondre à l'ensemble des problèmes de logement des personnes soignées une large gamme de logements accessibles et adaptés est indispensable.

Pour les personnes qui souffrent durablement de troubles psychiques, le logement ordinaire peut être un lieu d'isolement et d'accumulation de problèmes quotidiens ; à l'opposé, les structures médico-sociales dédiées aux personnes handicapées, dans leur projet collectif, peuvent mettre à dure épreuve les personnes ayant besoin d'un minimum d'isolement. Entre les deux, il existe toute une gamme de logements qu'on peut dire « adaptés », qui conjuguent le chez soi indépendant et des espaces communs, associés à différentes formes d'accompagnement.

Les équipes, quand elles le peuvent, cherchent donc à mettre à disposition de leurs patients des formes multiples de logements, qui puissent permettre à chacun de trouver la solution qui lui convient dans les divers moments de son parcours de vie :

- Des appartements associatifs individuels et collectifs
- Des maisons relais - pensions de famille et des résidences accueil, et autres résidences sociales
- Des foyers logements et des EHPAD
- Des hôtels, même
- Ainsi que des structures d'hébergement médico-social (foyers médicalisés ou non) dédiées aux personnes dont le handicap est d'origine psychique.

Il faut noter que la formule des résidences accueil est largement plébiscitée par les équipes, en ce que sa mission est d'accueillir des personnes qui souffrent de troubles psychiques pour leur permettre de vivre chez soi sans être isolées, en conjuguant un accompagnement au quotidien des résidents (par les hôtes) et des prestations spécialisées auprès de chaque personne, selon ses besoins.

Une telle gamme ne peut évidemment se concevoir que sur un territoire élargi.

2. Ce qui veut dire des partenariats nombreux et une sollicitation croissante des équipes de soin psychiatrique pour une intervention auprès des personnes comme auprès des professionnels

Le développement de l'accès et de l'accompagnement dans une gamme variée de logements tient, comme évoqué plus haut, à des partenariats nombreux et génère inmanquablement une forte sollicitation des équipes de psychiatrie par les divers partenaires, pour le maintien des soins auprès des personnes qu'elles ont accompagnées vers le logement, mais aussi pour un soutien des professionnels sociaux ou médico-sociaux impliqués, et des avis sur la situation de personnes dont le comportement alarme.

Face à ces sollicitations, voire en les anticipant, certaines équipes ont développé des projets spécifiques d'intervention auprès des personnes logées dans les divers dispositifs ou de liaison avec les différents partenaires, généralement sur des territoires regroupant plusieurs secteurs par une équipe dédiée.

On peut distinguer deux conceptions principales, deux sortes d'équipes de liaison dédiées à l'accès et au maintien dans le logement et l'hébergement des personnes suivies en psychiatrie, intervenant sur un territoire plurisectoriel :

- L'intervention pour les soins dans le lieu de résidence des personnes présentes dans les différents dispositifs de logement et d'hébergement du territoire : dans ce cas, l'équipe de liaison se substitue aux équipes de secteur correspondantes pour l'intervention à domicile auprès des personnes (mais celles-ci apportent les soins en CMP et dans les autres structures de soins ambulatoires) ; elle peut apporter par ailleurs un appui aux différents professionnels des organismes concernés, par des contacts réguliers, des formations, des conseils. On a vu que cette confrontation de regards croisés sur la situation de la personne est vécue comme un plus.
- L'appui aux différents acteurs du logement et de l'hébergement sur le territoire : dans ce cas, l'équipe de liaison agit en complément des équipes de secteur, qui apportent les soins, et interviennent le cas échéant à domicile. Elle intervient par la sensibilisation, l'écoute et le conseil, auprès des bailleurs et tous professionnels du champ social et médico-social, afin de leur permettre d'accueillir les personnes souffrant de troubles psychiques auprès des personnes ; elle peut le cas échéant accompagner un intervenant au lieu de résidence des personnes, pour une fonction d'appui et de médiation, toujours dans le but d'élever la compétence des acteurs du logement et de l'accompagnement dans le logement, sans se substituer à eux.

Il faut souligner que l'investissement dans les partenariats avec les différents acteurs du logement, de l'hébergement et de l'accompagnement, a généralement demandé aux équipes des années de rencontres et de réponses à la demande des partenaires avant que ce soit établie une relation de confiance réciproque qui facilite l'accueil de leurs patients.

En particulier, il est fréquent que les partenaires demandent au début l'intervention de médecins ; ce n'est que progressivement qu'ils acceptent la pleine compétence des infirmiers.

VI. La place du service social en psychiatrie

Les assistants de service social des établissements de psychiatrie ont dans l'ensemble un double rôle auprès des patients :

- pour l'accès des personnes au droit commun
- ou en fonction de leur situation de handicap, pour leur accès aux dispositifs spécifiques (prestations, allocations, admission en structures d'hébergement et d'accompagnement sociales et médico-sociales)

A l'interface des dispositifs sanitaires et sociaux, ils ont leur place dans les équipes de soin, ils développent des connaissances et pratiques adaptées aux problématiques des usagers en psychiatrie, et travaillent en lien avec les divers réseaux sociaux dans la cité.

De ce fait, les assistants sociaux en psychiatrie ont, dans l'établissement de psychiatrie, un rôle clé dans l'accès au logement ordinaire des personnes.

Pour jouer pleinement leur rôle, il importe qu'ils puissent développer une connaissance approfondie de chaque personne et interagir avec l'équipe de soins ; ils doivent aussi pouvoir élaborer une réflexion et des pratiques professionnelles spécifiques, et développer leurs liens avec les réseaux sociaux du territoire d'action de l'établissement.

Il se trouve donc un double enjeu d'organisation pour l'établissement (ou la communauté d'établissements) :

- l'intégration des AS dans les équipes de soins et la désignation d'un référent social auprès de chaque patient
- le regroupement des AS pour la mise en commun des pratiques et savoirs professionnels, qu'il s'agisse de traiter des situations difficiles, d'élaborer de bonnes pratiques au sein de l'établissement, de proposer de nouveaux projets ou d'assurer une référence pour les partenaires.

Cette mutualisation, au sein d'un établissement ou d'un groupe d'établissement, sous forme de rencontres régulières (par exemple, sous la forme de la mise en place d'un « atelier logement »), permet à la fois d'échanger entre équipes pour l'évaluation de la problématique de logement (vivre chez soi) des personnes concernées, de formuler des projets adaptés à chacune, et de mobiliser les ressources d'un territoire élargi (réseaux sociaux, partenaires associatifs, bailleurs...)

VII. La psychiatrie et les conseils locaux de santé mentale

Quand il ne s'en trouve pas déjà un sur leur territoire, la plupart des équipes de psychiatrie rencontrées disent leur souhait que se crée un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) qui manifeste l'engagement des élus locaux dans l'accueil et l'accompagnement des personnes vivant avec des troubles psychiques, et facilite les partenariats avec les acteurs sociaux, le logement étant une des préoccupations premières.

Là où ils ont été mis en place, les CLSM se révèlent en effet de véritables creusets pour la rencontre entre divers acteurs de la cité, le croisement des points de vue, la définition d'actions partagées et la consolidation de partenariats.

Les équipes de psychiatrie y reconnaissent aussi un instrument majeur de déstigmatisation de la maladie mentale.

Le CLSM se bâtit souvent à partir d'une expérience de partage antérieure : par exemple il s'agit d'ateliers santé ville qui ont souvent permis d'engager un partenariat antérieur avec une équipe de psychiatrie, ou de commissions qui ont déjà rassemblé les divers intervenants autour des situations difficiles.

Ce qui émerge cependant, dans l'expérience de plusieurs équipes, est bien autre chose qu'un partenariat ponctuel ou ciblé sur des situations particulières : on pourrait le qualifier de travail de « veille partagée ».

Une expérience assez commune commence avec la sensibilisation des bailleurs et gardiens d'immeubles par l'équipe de psychiatrie. Celle-ci laisse ses coordonnées. Les gardiens d'immeuble appellent pour un conseil devant des situations problématiques chez des locataires qui leurs paraissent avoir besoin de soins, ou être en rupture de soins.

De l'avis des équipes concernées, cette « veille partagée », avec les bailleurs et gardiens d'immeuble, les travailleurs sociaux, les équipes de police le cas échéant, permet l'accès aux soins de personnes en grande difficulté, permet d'éviter des ruptures de soins, et permet d'éviter le recours à la contrainte de soins. Dans leur expérience, dès lors que le dialogue est présent avec les acteurs ci-dessus, les sollicitations s'avèrent généralement pertinentes, le conseil suffit souvent, et si l'intervention de l'équipe de psychiatrie s'avère nécessaire, elle peut être élaborée avec des proches et accompagnée de médiations auprès de la personne.

Ce qui n'est pas encore bien mesuré, c'est la disponibilité que pourrait demander à une équipe le développement de ces partenariats-là.

VIII. Conclusions

1. Synthèse des données recueillies par l'ARS auprès des établissements d'Ile de France

Lors de l'évaluation des autorisations d'activité de psychiatrie conduite en 2015, l'ARS d'Ile de France a posé la question suivante aux établissements : ***Hors appartements thérapeutiques, indiquer si l'établissement a recours en propre ou en coopération à des dispositifs de logements accompagnés (appartements associatifs, résidence accueil, etc) et le nombre de patients concernés.***

Sur les 30 établissements ayant répondu, (cf annexe 1) seul 1 déclare ne pas disposer de logements accompagnés, précisant que certains patients sont hébergés en hôtel.

Dispositifs de logements propres aux établissements

19 établissements disposent en propre de dispositifs de logement.

Il s'agit généralement d'appartements associatifs de 1 à 4 places, dont le nombre total peut être estimé à plus de 150, pour environ 330 places ; chaque secteur dispose de 2 à une quinzaine de places en appartement associatif.

On compte également 8 maisons communautaires de 4 à 8 places, et une Maison-relais de 16 places.

Ces dispositifs propres aux établissements de psychiatrie totalisent environ 390 places.

Il faut constater la très grande disparité entre les établissements : de deux places d'appartement associatif à une soixantaine.

Dispositifs de logement gérés par des organismes partenaires

10 établissements recourent exclusivement à des partenariats extérieurs à l'établissement, avec des associations à but social ou des bailleurs sociaux, pour la disposition de logements dans des appartements HLM, résidences sociales, maisons relais ou résidence accueil, CHRS...

Par ailleurs, parmi les 19 établissements disposant en propre de dispositifs de logement, la moitié a développé en plus des partenariats extérieurs à l'établissement pour la mise à disposition de logements, comme ci-dessus, le plus souvent en nombre supérieur à celui des dispositifs liés à l'établissement.

Ces dispositifs de logement en partenariat totalisent environ 450 places (hors structures médico-sociales - foyers et MAS)

On doit constater là aussi une très grande diversité dans le développement de ces partenariats selon les établissements : de quatre logements à une centaine.

2. Conclusions

Les rencontres avec cette vingtaine d'équipes de psychiatrie en Ile de France ont permis de mettre en évidence, autour de la question du logement des personnes, des pratiques qui, ancrées dans l'expérience ancienne de la psychiatrie de secteur, évoluent aujourd'hui dans le contexte de partenariats avec de nouveaux acteurs de la société où vivent ces personnes. Ces pratiques restent, pour les équipes, au cœur de leurs missions. Elles s'élaborent dans la pluridisciplinarité et mobilisent généralement toute l'équipe. Evidemment, elles demandent du temps.

Elles répondent à toutes les instructions, plans et schémas de la politique de santé mentale, dans les objectifs de réhabilitation psycho-sociale, de réduction des hospitalisations évitables, de partenariat avec la communauté.

Il est donc très paradoxale de constater combien, d'une façon générale, elles sont peu reconnues et mal valorisées. Au sein même des établissements, il y a peu de visibilité d'ensemble de ce que mettent en œuvre les différentes équipes, les cloisonnements entre les secteurs persistent au détriment d'une véritable politique d'établissement et de mutualisation. Dans les recueils d'activité les actes de « démarche pour une personne » peuvent être inscrit dans le Rimp, mais les actions qui visent à construire et entretenir les partenariats nécessaires sont, elles, difficilement comptabilisées.

Pour les administrations de la santé, les pratiques et dispositifs de soins dans la communauté visant à l'accès et au maintien des personnes dans le logement sont plus ou moins méconnus ; les appartements associatifs gérés par une association de soignants ou conventionnés avec la psychiatrie, notamment, ne sont pas dénombrés. La non-reconnaissance, en dépit d'une grande tolérance ou laisser-faire, peut donner un sentiment de quasi clandestinité.

Il en résulte une grande vulnérabilité de ces pratiques et de ces dispositifs. **La plupart des équipes expriment leur sentiment de précarité et de vulnérabilité à l'égard des restrictions budgétaires et de la pression exercée par l'hospitalisation, ou, simplement, au regard d'un changement de personne dans les instances de décision.** Pour sortir de cette précarité, il ne s'agit pas seulement de coter les actes et de consolider les financements, il s'agit de faire de la réhabilitation psycho-sociale pour et dans le logement, un axe de développement au sein même du projet d'établissement.

Les rencontres ont également permis, au-delà de la diversité et des disparités entre équipes, de dégager quelques axes forts et convergents dans les pratiques et dispositifs liés au logement. Ces dynamiques convergentes constituent un point d'appui essentiel pour la mise en œuvre d'une politique qui viserait à soutenir les équipes et établissements de psychiatrie dans le développement des pratiques de soin et des organisations les plus abouties en vue de l'accès et du maintien des personnes dans le logement. C'est aussi la convergence des pratiques et la cohérence des dispositifs qui peut rendre lisible l'action de la psychiatrie dans la cité, et permettre de lutter contre les inégalités d'accès aux soins sur le territoire régional.

Il s'agira donc pour l'ARS de valoriser et consolider les actions de soins et réhabilitation psycho-sociale liées au logement, dans les projets d'établissement et les CPOM, ainsi que d'harmoniser les organisations sur le territoire, notamment afin d'améliorer leur lisibilité et leur accessibilité pour les usagers et les partenaires sociaux.

Dans ce contexte, lors de l'évaluation des autorisations d'activité de psychiatrie en 2015, l'ARS Ile de France a demandé aux établissements de décrire leurs dispositifs en posant la question suivante: ***Hors appartements thérapeutiques, indiquer si l'établissement a recours en propre ou en coopération à des dispositifs de logements accompagnés (appartements associatifs, résidence accueil, etc.) et le nombre de patients concernés.*** (cf. annexe)

Les réponses mettent en évidence l'importance et la diversité de ces dispositifs qui sont présents in fine dans presque tous les établissements publics sectorisés. Selon cette enquête le nombre de personnes concernées est proche d'un millier.

En outre, le programme « un chez soi d'abord » auprès des publics les plus précaires dont Paris est l'un des sites expérimentateur apportera des enseignements utiles et pourra encore enrichir le débat.

Les axes dégagés lors de cette mission peuvent inciter à des échanges entre les équipes au sein d'un même établissement, entre établissements, et entre les équipes et leurs partenaires dans la cité. Il est des points de débat qu'il convient d'aborder. Il est des mutualisations, pour la gestion des dispositifs ou la desserte des territoires et l'établissement des partenariats, qui pourraient dégager du temps soignant. Il faut mettre en valeur, dans la complémentarité, les rôles respectifs et les savoir-faire différents et complémentaires des médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, psychologues et éducateurs. Il faut reconnaître, pour chaque profession, un champ de recherche et d'élaboration de pratiques « avancées ».

Cette démarche devra logiquement s'inscrire dans le cadre fixé par la **loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé. Les dispositions du nouvel **article L. 3221-2 relatives au projet territorial de santé mentale** soulignent bien qu'il « *organise la coordination territoriale de second niveau* » et précisent que ce projet contient « ***un programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné (...) pour les personnes en souffrance psychique qui en ont besoin*** ».

Par ailleurs, le contexte de la disponibilité et du coût du logement rend particulièrement difficile, en Ile de France, le plein développement d'une offre diversifiée de logements ; la psychiatrie et ses partenaires ne peuvent certes agir seuls. Les conseils locaux de santé mentale peuvent contribuer, là où ils existent, à faciliter le logement les personnes qui vivent avec des troubles psychiques. Le développement de l'offre de services d'accompagnement sociaux et médico-sociaux doit permettre d'accompagner plus de personnes dans leur logement, selon leurs besoins et leurs attentes. A l'échelle de la région, cependant, l'enjeu est de mieux mobiliser les acteurs du logement : susciter des échanges avec la psychiatrie et leur permettre d'en mieux connaître les modes d'action peut y contribuer.

La mobilisation des actions sur le logement des personnes vivant avec des troubles psychiques sera l'un des axes forts du prochain PRS d'Île de France. Pour ce faire, le présent rapport sera largement diffusé et mis en ligne sur le site de l'ARS invitant les différents acteurs concernés à apporter leurs témoignages et leurs contributions à la construction de dispositifs de logements adaptés.

ANNEXES

Annexe 1 : les données recueillies par l'ARS

Lors de l'évaluation des autorisations d'activité de psychiatrie conduite en 2015, l'agence régionale de santé a posé la question suivante aux établissements :

Hors appartements thérapeutiques, indiquer si l'établissement a recours en propre ou en coopération à des dispositifs de logements accompagnés (appartements associatifs, résidence accueil, etc.) et le nombre de patients concernés.

Les réponses des établissements sont répertoriées ci-dessous.

ASM 13 PARIS

Notre association dispose de 8 appartements associatifs (24 places), dont trois appartements à Paris à la charge de l'équipe du foyer Watteau, et cinq à proximité de l'hôpital l'Eau Vive, à la charge des équipes du centre de postcure Gerville

Par ailleurs, nous disposons de 28 studios dans les foyers ADOMA dans le cadre d'une convention pour accueillir les patients en voie d'autonomie. En contrepartie les équipes de secteur assurent un suivi et interviennent dans les foyers si nécessaire.

Présentation de l'activité des appartements associatifs d'Evry-Courcouronnes et Soisy

Considérations générales

L'ASM 13 dispose de 16 places d'appartements associatifs destinés aux patients des unités Gerville. Ces places représentent donc une structure d'aval pour les patients de ces unités.

Il n'existe qu'un seul poste spécifiquement dédié aux appartements associatifs : il s'agit d'un mi-temps d'infirmière coordinatrice.

La cadre responsable et les médecins sont ceux des deux unités d'où proviennent les patients. La Cadre de Santé responsable et le médecin responsables des appartements sont ceux de l'Unité Gravier.

La durée de séjour

Elle y est indéterminée. Le but de cette forme de prise en charge se situe autour de la récupération d'une autonomie et de l'accompagnement vers un logement individuel.

Un certain nombre de ces patients se rend de manière hebdomadaire sur le site de l'Eau-Vive autour de deux principaux « pôles d'activité » :

L'accompagnement médical et infirmier

Il s'agit de réalisation de piluliers, d'entretiens infirmiers et médicaux, d'accompagnement vers des soins somatiques, d'accompagnement social, où l'infirmière coordinatrice des appartements associatifs joue un rôle central. Cet accompagnement a fait ses preuves pour un certain nombre de patients, dans le maintien dans les appartements permettant d'éviter des ré-hospitalisations notamment et dans le suivi de leur autonomisation.

Les psychothérapies

Les psychologues de l'unité Gerville proposent différentes formes de soin psychothérapeutique, pour les patients séjournant dans les structures de moyen séjour où dans les appartements associatifs. Ces psychothérapies sont individuelles ou groupales.

Les médiations thérapeutiques

Certains groupes à médiation (théâtre et chant) sont adressés aussi bien aux personnes hospitalisées qu'aux personnes séjournant au moyen séjour ou dans les appartements associatifs. D'autres activités régulières ou ponctuelles sont proposées aux personnes du moyen séjour, coordonnées par l'animateur ou les soignants.

Par ailleurs, des réunions sont organisées dans les appartements tous les mois avec la Cadre responsable des appartements associatifs et l'infirmière coordinatrice ainsi que des visites à domicile hebdomadaires.

Sur Paris, des équipes dédiées du Foyer de postcure et du CMP interviennent en accompagnement à domicile ainsi que des personnels AMP. Des rencontres régulières ont lieu dans les appartements entre les résidents et les soignants.

Sur Paris, nous disposons de trois appartements représentant 12 places auxquelles s'ajoutent les 28 studios ADOMA.

Les patients prennent en charge le loyer, charges locatives et d'électricité ou de chauffage. Ils bénéficient de l'allocation logement compte tenu du niveau de leurs revenus.

CH Saint-Anne Paris

Le Centre-hospitalier Sainte-Anne a conventionné avec des associations :

- Secteur 3 : 16 Places réparties sur 9 appartements ;
- Secteur 13 : 13 places réparties sur 5 appartements ;
- Secteur 15 : 8 places réparties 3 sites différents (rue des Périchaux 15ème, rue Dombasle 10ème, rue d'Aix 10ème) ;
- Secteurs 14 et 16 disposent de 8 places sur 2 sites (rue Vercingétorix 75014, Rue Jeanne d'Arc 75013) ;
- Secteur 16 dispose de 2 places sur 1 site (Montrouge) ;
- Secteur 17 : 2 places dans un appartement.

Le nombre de patients suivis correspond au nombre de places en appartement qui restent généralement plusieurs années dans ses logements.

Ils payent un loyer via les associations et il n'y a pas de prix de journée car ce ne sont ni des appartements thérapeutiques ni des appartements « HAD ».

Le suivi est assuré par l'équipe du secteur.

CH Maison Blanche Paris

Face aux difficultés récurrentes des patients parisiens à accéder à un logement décent, l'EPS Maison Blanche a développé depuis plusieurs années différents dispositifs et partenariats :

- En interne à l'établissement :

- **La maison relais Navarin**, ouverte depuis le 8 Décembre 2004, est située dans le 9ème arrondissement de Paris. Gérée par l'EPS Maison Blanche qui est propriétaire de l'immeuble, elle propose à 16 personnes en souffrance psychique, patients stabilisés, un studio en location, sans durée de séjour.

Il s'agit d'une résidence d'accueil. Des professionnels se relaient pour être présents chaque jour, week-end compris, de 8h à 20h. L'équipe de la Maison Relais est composée de deux hôtes d'accueil, d'un IDE, d'une éducatrice, et de cinq veilleurs pour la nuit.

- **Quatre Maisons communautaires** situées à Montreuil, Noisy-le-Grand, Chelles et Montfermeil, accueillant respectivement 4, 7, 5 et 4 patients, appartiennent à l'EPS Maison Blanche. La finalisation de la relocalisation de l'activité de l'Etablissement à Paris, a amené à conduire une réflexion sur le rapprochement de ces dispositifs de logements accompagnés avec les lieux de soins, en tenant compte à la fois des difficultés à trouver des appartements et à ce que les loyers soient compatibles avec les revenus des patients logés.

Il est à noter qu'une première maison communautaire de 5 patients située à Noisy-le-Grand a fermé ses portes en 2014. La 2ème maison communautaire de Noisy-le-Grand, présentée ci-dessus, fermera en 2015.

- **Quatorze appartements associatifs** sont gérés par les secteurs de psychiatrie de l'Etablissement. Il s'agit de logements sociaux, tous situés dans Paris : huit studios ou T1 (8 patients), deux T3 (4 patients), trois T4 (9 patients), un T5 (4 patients), soit au total 25 patients logés dans l'une de ces habitations.

- En partenariat avec des associations spécialisées dans l'accès et le maintien au logement pour des places réservées aux patients de l'EPS Maison Blanche :

- Un partenariat conventionné, depuis décembre 2007, avec l'association AURORE permet l'accueil à la maison relais Primavera (Paris 18ème) de 15 patients et à la maison relais Papillons (Paris 12ème) de 9 patients.

- Un partenariat conventionné depuis décembre 2014 avec l'association l'Elan Retrouvé, définit l'accueil de 10 patients dans sept appartements : trois studios, trois T3 dans la nouvelle ZAC Poissonniers ainsi qu'un studio privé.
- Un partenariat conventionné, depuis février 2013, avec EMMAÜS Solidarité sur le 10ème arrondissement permet la mise à disposition d'un appartement pour une famille en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) diffus, d'un logement en résidence sociale pour personne isolée avec enfant, de trois studios en pension de famille et de deux places d'hébergement en Centre d'Hébergement d'Urgence.
- Un partenariat conventionné avec l'Association des Cités du Secours Catholiques (ACSC), depuis juillet 2008, offre deux places en CHRS dans le 18ème arrondissement.
- Dans le cadre des missions de l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité de l'établissement, une convention a été établie pour deux places en CHRS homme et une place en CHRS femme.
Par ailleurs, l'EPS Maison Blanche est engagé, depuis son démarrage en juillet 2012, dans le dispositif « **Un Chez-Soi d'Abord** », programme national de recherche, piloté par la Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement (DIHAL). L'EPS Maison Blanche en est le porteur sanitaire. Le volet logement est porté par le Pôle Habitat de l'association Aurore, bailleur des participants au programme. Soixante personnes ont été concernées par un relogement.

GPS Perray-Vaucluse Paris

Face aux difficultés récurrentes des patients à accéder à un logement décent, le Groupe Public de Santé Perray-Vaucluse a développé depuis plusieurs années un partenariat avec l'Elan Retrouvé, une association spécialisée dans l'accès et le maintien au logement. Ce partenariat, conventionné depuis 2013, prévoit l'accueil de 7 patients dans 7 appartements (Studios) situés dans le 18ème arrondissement et dont les propriétaires sont privés.

CH COULOMMIERS 77

Le service de psychiatrie a recours à des appartements associatifs, gérés par une association loi 1901, situés dans la commune. En 2014, ce dispositif a concerné 8 patients.

CH MELUN 77

Les appartements associatifs existants sont en cours de fermeture.

Projet de création d'une résidence pour patients souffrant de troubles psychiques à Fontenay Trésigny (77) (Echéance 1^{er} trimestre 2017) grâce aux financements par des investisseurs privés. Une convention avec les CMP des 4 secteurs de Melun et des partenariats avec les hôpitaux de Coulommiers et de Marne-la-Vallée (Jossigny) sont envisagés (participation active au groupe de travail, lancé par l'ARS Ile-de-France sur le « Rôle des équipes de psychiatrie pour l'accès et le maintien dans leur logement des personnes qui souffrent de troubles psychiques »).

CH Nemours 77

L'établissement dispose d'une convention avec l'association « les amis de l'Atelier » qui dispose d'une « résidence accueil » qui héberge plusieurs patients suivis par l'établissement. Cette résidence se situe à Fontainebleau et la plupart des résidents sont de ce fait suivis en consultation sur le C.M.P. de Fontainebleau. Actuellement, ce dispositif concerne 28 résidents.

CH Charcot Plaisir 78

Outre l'orientation de patients stabilisés vers des structures médico-sociales ou sociales des Yvelines et au-delà, le secteur 78G16 gère un appartement associatif de deux places à RAMBOUILLET.

Support juridique : association conventionnée avec le CH J-M CHARCOT

Chaque secteur assure de la liaison psychiatrique dans les institutions accueillant des personnes souffrant de troubles mentaux.

Ces collaborations sont plus structurées dans le foyer des Sources : œuvres FALRET à Fontenay le Fleury et à l'HGMS dans le département des personnes handicapées.

CHI Poissy Saint-Germain 78

75G04 et 75G05

Recours en propre à des logements accompagnés : appartements associatifs, 7 places intersectorielles, concerne entre 7 et 9 patients par an (Cf. Activité appartement thérapeutique)

75G06

2 appartements, 6 places, grande stabilité (Cf. Activité appartement thérapeutique)

CH Mantes 78

Psychiatrie Générale :

L'établissement a recours aux dispositifs de logements suivants :

- Appartement associatif sur le secteur 2 (4 places)
- Partenariat avec l'association « komilfo » qui héberge 18 des patients de psychiatrie du CH (à Mantes et à Bonnières)
- Prochainement, à Dennemont, une résidence accueil de 30 places (Handival de Seine)

CH Meulan Les Mureaux 78

Existence de deux dispositions de logements accompagnés :

- une maison intersectorielle 8 places (foyer Pierre Leroy) pour des patients réglant un loyer au CHIMM et nécessitant une présence soignante la nuit pour une autonomie non complète ;
- une maison associative de 4 places pour des patients autonomes avec une réinsertion professionnelle ou sociale effectives et en cours d'accession à la location.

CH Theophile Roussel Montesson 78

- 2 appartements associatifs pour le secteur 7 : un appartement à Marly et un autre à Maisons Laffitte. On peut accueillir 3 patients dans chaque appartement.
- 4 appartements participatifs secteur 8-9 peuvent accueillir 9 patients.

CH Versailles 78

Le service de psychiatrie de Versailles a dans le cadre du RPSM 78 développé avec les autres services de secteurs du territoire un dispositif d'hébergement permettant de développer des ressources en matière d'hébergement sur le territoire (maisons Relais, FAM, MAS,...).

EPS Barthelemy-Durand Etampes/Epinau Sur Orge 91

En propre : Foyers transitionnels des Rossays et foyer de l'Escale, d'une capacité de cinq et quatre places, pour des séjours d'une durée limitée.

En coopération : L'AEER, Association Essonnienne d'Entraide et de Réadaptation, gère quatre-vingt logements associatifs pour l'accueil de patients des secteurs de l'EPS Barthélemy Durand.

L'EPS a également une coopération étroite avec l'Association des lieux de vie essonniers (ALVE) qui a ouvert plusieurs résidences accueil en Essonne, dans le cadre de conventions.

CH Sud Francilien Corbeil 91

Pas de personnel dédié, ce sont les psychiatres, les psychologues, les infirmiers et les assistantes sociales de chaque CMP de secteur qui s'occupent des patients logés dans les appartements associatifs.

CH Orsay 91

L'établissement dispose de 10 places en appartements associatifs (gérés par l'association du service Psychagora) réparties sur 6 appartements sur le secteur d'Orsay et 1 appartement sur le secteur de Palaiseau (4 places).

CASH Nanterre 92

Le secteur de Nanterre a engagé différentes actions en faveur du maintien au logement des personnes en situation de handicap psychique.

Afin de répondre aux difficultés rencontrées par l'OPHLM de la ville de Nanterre, le pôle santé mentale est intervenu pour sensibiliser leurs personnels (près de 100 gardiens et cadres de leur service) aux situations d'urgences qui pourraient concerner les locataires souffrants de troubles psychiques et leur présenter les missions de la cellule de veille et de suivi.

Le pôle santé mentale a été sollicité pour participer aux formations mises en œuvre par l'OPHLM sur le thème de l'accompagnement.

EPS Erasme Antony 92

L'établissement dispose de 26 places pour 24 patients présents au 31 décembre 2014 dans des appartements associatifs répartis sur les trois secteurs de psychiatrie adulte. Un projet de création d'une résidence accueil sur le site d'Antony est en cours d'étude.

Clinique MGEN Rueil 92

L'établissement a autorisé la création d'une association chargée de gérer le dispositif d'accompagnement et d'insertion reposant sur 13 places en appartements avec le soutien de la municipalité de Rueil-Malmaison ;

- Ce projet a donné lieu à une transformation d'un poste de cadre en poste de « Job coach » ;
- Ce dispositif basé sur le « housing first » engage de facto le public concerné dans un positionnement citoyen et responsable. Il est prioritairement dédié à un public jeune dans la maladie, souffrant d'un trouble psychique souvent grave nécessitant le soutien d'une équipe compétente pour accompagner une articulation parcours de vie/parcours de soins. Il vient en soutien d'une démarche d'autonomisation et d'insertion ou de réinsertion sociale et professionnelle.
- Ce dispositif prend appui et complète le département REHAB : programmes de remédiation cognitive et programmes d'éducation thérapeutique.

CH Roger Prevost 92

L'établissement dispose en coopération avec des associations de 38 places en appartement associatif

HOPITAL Corentin-Celton Issy-Les-Moulineaux 92

Le pôle Psychiatrie Addictologie a conclu une convention avec l'association Espérance Hauts-de-Seine affiliée à l'UNAFAM.

L'association met à disposition six places réparties sur deux appartements associatifs pour la prise en charge des patients.

A ce jour, six patients occupent ces appartements.

CHI Robert Ballanger Aulnay 93

Pour la psychiatrie adulte :

- Recours à un dispositif de logements associatifs.

Une convention avec l'Association Villepinte (siège social : 40 rue de Paradis - 75010 Paris) permet la mise à disposition d'appartements associatifs au sein de la Résidence de Luppé à Villepinte (93420).

Capacité d'accueil : 21 appartements habilités HLM et réservés, en priorité, au secteur 93G17. Activité 2014 : 21 patients.

Moyens en personnel participant à la prise en charge des résidents :

- personnel financé par l'association : 1 ETP éducateur spécialisé et 1 ETP aide médico-psychologique
- personnels des secteurs de psychiatrie du CHIRB assurent en VAD, le suivi médical et paramédical des patients sur cette résidence.

EPS Ville Evrard Neuilly-Sur-Marne 93

L'EPS de Ville-Evrard a recours à des appartements associatifs dans le cadre de ses activités.

En 2014, 60 places en appartements associatifs sont gérées par des associations en liens avec l'établissement pour une prise en charge de 55 patients.

GH Hôpitaux Universitaires Henri Mondor Albert Chenevrier Creteil 94

Des liens privilégiés existent avec l'organisme Créteil-Habitat (Office Public de l'habitat), permettant l'attribution de logement à des patients suivis au sein du service, notamment après un accueil en appartement thérapeutique.

Hôpitaux de Saint Maurice 94 et 75

Tous les secteurs de psychiatrie générale ont développé des partenariats avec des associations et des structures médico-sociales pour pouvoir assurer un accès à des dispositifs de logements transitoires ou pérennes pour les patients qui en ont besoin.

Ainsi, l'association AGATE propose 60 places réparties en 37 appartements associatifs pour l'ensemble des secteurs de psychiatrie des Hôpitaux de Saint-Maurice.

On peut également citer à titre d'exemple :

Pôle Paris Centre

A travers ses conventions et partenaires, ce sont près d'une soixantaine de logements temporaires ou pérennes qui sont accessibles aux patients du secteur.

- o Maison communautaire de 7 places à Maisons-Alfort (94) avec l'Association Aurore
- o 12 places au foyer de vie de l'oeuvre Falret à Paris
- o 5 places en appartements associatifs avec l'association Agate
- o 12 places en appartements relais avec l'Elan Retrouvé à Paris (rue de Cléry)

12 logements supplémentaires pourraient être mis à disposition dans le cadre d'une nouvelle convention en cours de négociation avec l'Elan Retrouvé pour une Résidence accueil située Rue d'Aboukir à Paris.

Pôle Paris 12

Le pôle développe un projet avec l'association Les Amis de l'Atelier dans le cadre de l'ouverture d'une structure médico-sociale « Le Foyer de la Planchette » dans le 12^e arrondissement à l'automne

2015. Ce foyer d'accueil médicalisé est destiné à offrir des logements pour les personnes souffrant de handicap mental ou psychique. Dans le cadre de ce projet, des équipes du pôle iront soigner leurs patients hébergés au sein du foyer dans la structure.

Pôle Paris 11

Le pôle dispose de l'accès à des appartements associatifs en partenariat avec l'association Agate, ainsi que l'accès à la Maison Relais avec l'association Aurore (8 places).

Pôle 94G16

Le pôle dispose aussi de l'accès à des appartements associatifs en partenariat avec l'association Agate (10 places).

Un partenariat avec l'Association APAJH prévoit la mise à disposition de 4 places en foyer (maison appartements) à Alfortville.

CH Les Murets 94

- **Appartements insertion / réhabilitation au 1^{er} mai 2015.**

Pôles	Adresse	Places
G01	10 rue Edouard Maury 94120 Fontenay sous-bois	1
G02 G04	6 allée Henri Barbusse 94120 Fontenay-sous-Bois géré par association « Le Renouveau »	4
	42 bis avenue Rabelais 94120 Fontenay sous-bois	3
	Rue Pablo Picasso Fontenay sous-bois	3
	36 allée Hervé Bazin 94360 Bry-sur-Marne	4
	19 rue du Maréchal Mortier 94510 La Queue en Brie	1
	Rue de la Fontaine 94360 Bry sur Marne	3
	7 allée de la Colline 93160 Noisy le Grand	3
	20 allée Fleurie 94420 Le Plessis Trévisé	7
	ARIM	3
	4b avenue Ardouin 94420 Le Plessis Trévisé	3
	11 résidence des Chênes 94420 Le Plessis Trévisé	2
G05	62 rue de Garibaldi 94100 Saint Maur des Fossés	2
	14 rue de Paris 94100 Saint Maur des Fossés	1
	Total	40

GH Paul Guiraud Villejuif Clamart 94-92

Les appartements communautaires :

Le groupe hospitalier Paul Guiraud dispose de 48 places en appartements communautaires.

L'admission s'y fait sur prescription médicale. Les patients pris en charge sont ceux d'un secteur de psychiatrie, stabilisés, mais souffrant toujours de troubles psychiques. Le taux d'occupation des appartements est de l'ordre de 60%. Ce dispositif permet une sortie d'hospitalisation avec un suivi rapproché en attente d'un transfert sur une structure médico-sociale.

Les coopérations à des dispositifs de logement accompagnés :

Différentes conventions de partenariat ont été passées par le groupe hospitalier Paul Guiraud avec des structures offrant un logement accompagné.

Structure	Lieu	Organisme gestionnaire partenaire	Nombre de places prioritises ou réservées aux patients
Maisons relais	Chevilly-Larue	Fondation les amis de l'atelier	31
Résidence accueil	Malakoff	Association Espérance Hauts de Seine	5
Résidence accueil	Choisy le Roi	Association l'Elan Retrouvé	27
Résidence accueil	Vitry	Fondation les amis de l'atelier	16
Foyer d'accueil médicalisé	Bagneux	Cité du secours catholique	0 (mais relation facilite)
Foyer d'accueil médicalisé	Villejuif	Association de Prévention Soins et Insertion (APSI)	20
Foyer d'accueil médicalisé	Bicêtre	ETAI	0 (mais relation facilite)
Maison d'Accueil Spécialisée	Chatillon	Fondation les amis de l'atelier	24
Maison d'Accueil Spécialisée	Villejuif	Fondation les amis de l'atelier	30

CHI Villeneuve Saint-Georges 94

Maisons- Relais

CH Beaumont Sur Oise 95

Il n'existe pas de logements accompagnés sur le secteur. Certains patients sont hébergés dans des hôtels.

CH Gonesse 95

- Le 10ème secteur dispose de 12 places d'appartements associatifs
 - Le 11^{ème} secteur dispose de 7 places d'appartements associatifs
- 1- Nous demandons la création de 3 places d'appartements associatifs pour le 9ème secteur.
 - 2- Un projet de création d'une résidence d'accueil pour patients handicapés psychiatriques sur l'Est du Val d'Oise est mené conjointement par le pôle de psychiatrie adulte, l'UNAFAM et l'œuvre Falret
 - 3- Projet de création d'un foyer de vie et d'hébergement pour patients handicapés psychiques en partenariat avec l'association du Xème secteur (APPSM), et l'APAJH 95.

Annexes 2 : Outils

1- CONVENTION DE COOPERATION RPSM 78

L'Association..., représentée par ..., d'une part,

Et

Le Réseau de Promotion pour la Santé Mentale dans les Yvelines Sud (RPSM 78),
sis 177 rue de Versailles 78 150 Le Chesnay, représenté par M. ..., directeur médical,

Compte tenu de la demande de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation que les quatre établissements adhérents du Réseau de Promotion pour la Santé Mentale (RPSM 78) élaborent un projet inter-établissements et de l'accueil favorable réservé à celui-ci (approbation par le conseil d'administration du RPSM 78 en date du 26 janvier 2004 – réunion ARH-DDASS-RPSM 78 en date du 27 janvier 2004),

Compte tenu des résultats de l'étude menée par le Docteur ROSSO, au nom du RPSM 78 auprès de l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux du sud Yvelines, susceptibles d'accueillir des patients présentant des troubles psychiatriques,

Compte tenu des travaux préalables à l'élaboration du projet de psychiatrie du territoire Yvelines sud, conformément à la circulaire n° 507/DHOS/O2/2004 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération, et des priorités retenues en matière de prise en charge, sur le plan de l'hébergement, des patients au long cours,

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 : Objet de la convention

Le projet territorial du sud Yvelines, concernant la prise en charge des patients au long cours, se donne trois objectifs :

- assurer la continuité des soins en définissant le dispositif sanitaire accompagnant les hébergements sociaux et médico-sociaux des patients présentant des troubles psychiatriques stabilisés
- mettre à la disposition des patients, quelle que soit leur appartenance sectorielle ou la nature institutionnelle ou libérale de leur suivi, une plate-forme de possibilités de prises en charge diversifiées (du sanitaire au social)
- garantir l'accompagnement des personnels des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes présentant des troubles psychiatriques stabilisés.

L'objet de la présente convention est de mettre en œuvre le dispositif défini pour atteindre ces objectifs et en particulier de définir les liens de partenariat entre ... et le RPSM 78 dans ce cadre.

Article 2 : Admission de patients stabilisés au sein de la structure...

Le RPSM 78 a créé une commission d'aide à l'hébergement, afin de faciliter les admissions de chaque patient dans la structure la plus adaptée à ses besoins et de favoriser la fluidité des prises en charges (passage d'une structure à une autre si besoin). Il s'engage à présenter, par l'intermédiaire de cette commission, pour chaque patient, des dossiers complets, aux commissions d'admission des structures sociales et médico-sociales de ... La commission d'aide à l'hébergement peut, si ... le souhaite, lui apporter son expertise dans l'étude des dossiers.

La structure... s'engage à étudier de façon prioritaire les dossiers présentés par la commission d'aide à l'hébergement du RPSM 78.

Article 3 : Continuité de la prise en charge

La continuité de la prise en charge est un élément essentiel de ce dispositif.

Les membres du réseau (équipe de secteur ou psychiatre référent du patient) s'engagent à assurer la continuité des soins et l'évaluation de l'état du patient, tout au long de sa trajectoire sanitaire et médico-sociale, selon un rythme et des modalités précisées lors de l'admission du patient, de façon à ce que soit assurée la continuité dans la relation thérapeutique. Dans le dossier initial d'admission de chaque patient accueilli à ..., il sera fait mention du médecin ou de l'équipe médicale référent(e) du patient. Un engagement de continuité des soins est alors signé par le professionnel référent.

La prévention des situations d'urgence ou de crise sera favorisée par un accompagnement sous forme de supervisions cliniques ou de formations interactives des équipes des établissements sociaux et médico-sociaux (voir article 4)

En cas d'urgence, (qui ne peut être gérée par un médecin de ...), il est fait appel au référent psychiatrique du patient, qui doit assurer les relais et mettre en place l'organisation nécessaire. Si ce référent ne peut pas prendre en charge la situation (en dehors des heures ouvrables notamment), il sera fait appel aux équipes spécialisées dans l'urgence (transfert au SAU).

La structure... s'engage de son côté, à ne pas prendre de décision d'expulsion d'un résident pendant une phase de soins aigus (hospitalisation dans une unité de psychiatrie) ou une phase de transition (séjour temporaire dans une autre structure).

Il peut être proposé, si besoin, une prise en charge partagée (hospitalisations séquentielles, prise en charge en CATTP....) ; si le retour du résident dans les unités de ... n'était pas durablement envisageable, l'équipe sanitaire de psychiatrie et l'équipe de ... s'engagent à s'associer pour proposer une orientation plus conforme à la situation du résident. Ils peuvent en cas de besoin, solliciter la commission d'aide à l'hébergement du réseau.

Article 4 : Soutien et formation des personnels de la structure...

Afin d'aider les personnels de ..., le RPSM 78 s'engage à ce que l'équipe de liaison intervienne auprès d'eux, ... par mois, sous forme de supervisions cliniques autour de l'analyse de situations particulières, ou sous forme de formations interactives sur un thème particulier, en lien avec la prise en charge des patients. L'organisation de ces interventions est effectuée par ..., à partir d'un planning d'interventions établi conjointement avec l'équipe de liaison.

L'équipe de liaison peut également être appelée de façon ponctuelle en cas de besoin.

Article 5 : Evaluation

La présente convention fera l'objet d'une évaluation, qui tiendra compte, entre autres éléments, du nombre d'admissions de patients, de la satisfaction sur l'intervention de l'équipe de liaison et d'un recensement sur les éventuelles difficultés dans la continuité des prises en charge. Cette évaluation sera présentée à la commission d'hébergement du réseau et fera l'objet d'une réunion annuelle entre les signataires de la convention.

En cas de survenue d'un évènement indésirable, le RPSM 78 s'engage à mettre en œuvre, dans le cadre de sa démarche d'amélioration de la qualité, toute modalité de concertation susceptible de permettre l'évaluation des processus en cause et de convenir d'actions correctives destinées à conforter la qualité du suivi des patients et du partenariat entre les institutions.

Article 6 : Durée de la convention

La présente convention est signée pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction après la tenue de la réunion d'évaluation annuelle du dispositif.

Fait au Chesnay, le

Pour le RPSM 78

Pour ...

Le directeur médical

Le président

2- CHARTE DE PARTENARIAT SANTE MENTALE ET LOGEMENT EN ISERE

Préfecture de l'Isère représentée par la DDASS, Centres Hospitaliers, Conseil Général de l'Isère, UDCCAS, Ville de Grenoble, Un Toit Pour Tous, REHPI, ABSISE, CHRS, UNAFAM, Mandataires à la protection judiciaire.

La Préfecture DDASS de l'Isère, les Centres Hospitaliers, le Conseil Général de l'Isère, l'UDCCAS(1), la Ville de Grenoble, Un Toit Pour Tous, le REHPI(2), ABSISE(3), les CHRS(4), l'UNAFAM(5), les Mandataires à la protection judiciaire(6) adoptent la présente charte pour atteindre les objectifs définis ensemble. Ils s'engagent à établir des coopérations dans le respect de leurs compétences et les limites de leurs interventions. Cette charte vise à améliorer l'accès à un logement autonome et à favoriser le maintien dans le logement, pour les personnes souffrant de troubles psychiques, ayant besoin d'un accompagnement.

Cette charte définit les modalités du partenariat, en vue d'harmoniser les pratiques sur le département.

Elle a été élaborée dans le cadre des travaux du groupe « Santé mentale/logement ». Elle fait suite à la réalisation du guide santé mentale et logement en Isère paru en décembre 2007.

Ces partenaires s'engagent, pour leur part, à mobiliser les moyens dont ils disposent en vue de la mise en œuvre de cette présente charte et à se réunir annuellement afin d'évaluer les actions engagées. Par ailleurs ils proposent aux autres acteurs concernés, de manifester leur adhésion à cette démarche et à signer cette charte.

- Union Départementale des Centres Communaux d'Action Sociale
-) Réseau Handicap Psychique de l'Isère
- Association des Bailleurs Sociaux de l'Isère : ACTIS, OPAC 38, SDH, ADOMA, PLURALIS, ADVIVO, LPV, Grenoble-Habitat, SCIC-Habitat Rhône-Alpes
- Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
- Union Nationale des Amis et Familles des Malades Psychiques
- Services de Tutelle

I – Les objectifs de la Charte

Objectif n° 1

Améliorer l'accès au logement des personnes souffrant de troubles psychiques, ayant besoin d'un accompagnement médico-social

Objectif n° 2

Prévenir l'expulsion et favoriser le maintien de la personne dans son logement

Objectif n° 3

Développer la connaissance mutuelle des partenaires par la formation

Objectif n° 4

Engager une démarche de suivi et d'évaluation de cette présente charte

II – Les Engagements

Objectif n° 1

Améliorer l'accès au logement des personnes souffrant de troubles psychiques, ayant besoin d'un accompagnement médico-social

1/ Permettre d'accéder à un logement

Les équipes médico-sociales de l'hôpital préparent la sortie de la personne qu'elles ont repérée comme ayant besoin d'un soutien, et l'accompagnent dans son parcours d'accès au logement. Elles apprécient ses capacités et l'orientent vers différentes solutions de logement :

- vers une étape transitoire médicalisée ou non (appartement thérapeutique, CHRS, Résidence Sociale, maison relais, ...)
- vers le logement de droit commun public ou privé
- vers le logement prioritaire (PALDI, SIALDI).

Le travailleur social vérifie si la personne fait partie des publics prioritaires ciblés dans le cadre du plan d'action pour le logement des personnes défavorisées de l'Isère, pour saisir ces dispositifs.

Par ailleurs, en fonction de l'évaluation de la situation par le travailleur social et en amont d'une attribution de logement, différentes mesures d'accompagnement peuvent être envisagées dans le cadre du FSL (mesure d'accompagnement social liée au logement, bail glissant) ou autre.

Le travailleur social se met en relation avec le « référent charte »¹⁴ du bailleur qui veille à positionner et soutenir le dossier auprès de la commission d'attribution des logements ou du CLH.

Enfin il convient de préciser que la personne, en fonction de sa situation, peut déposer une demande auprès de la commission de médiation dans le cadre de la loi DALO.

2/ Mise en place d'un contrat d'objectifs pour favoriser l'adhésion de la personne et celle des partenaires, au parcours proposé

A partir du diagnostic des équipes médico-sociales, un contrat d'objectif est établi.

Le contrat d'objectif :

- stipule l'adhésion de la personne aux objectifs du contrat et aux soins proposés par l'équipe médicale,
- identifie les divers référents de la personne et précise les engagements de chacun, notamment le CMP.

Ce contrat est signé par le demandeur, le bailleur, le travailleur social référent, le référent de l'équipe de soins, le cas échéant, le représentant de la mesure de protection, et éventuellement, si cela s'avère adapté, par un membre de la famille qualifiée ;

Il prévoit des rencontres régulières des signataires en vue de suivre la mise en œuvre des objectifs définis.

En cas de non-respect des objectifs ou de situation de crise, les partenaires se mobilisent, avec ou sans la personne, afin de définir et d'engager des solutions.

¹⁴ « Référent charte » : chaque bailleur désigne une personne en charge de ce public spécifique - Charte partenariale Santé mentale et logement en Isère

En cas de bail glissant, avec échec du contrat d'objectif et désengagement de la personne, le dispositif s'arrête. Dans cette hypothèse, l'association ou l'hôpital signataire du bail glissant et le travailleur social référent recherchent une autre solution.

Objectif n° 2

Prévenir l'expulsion et favoriser le maintien de la personne dans son logement

1/ La personne est hospitalisée et une situation antérieure de troubles graves existait (voisinage, hygiène, isolement, ...)

Dans cette situation, il convient de développer un partenariat, afin de générer un réseau autour de la personne et de traiter de la question du logement.

Dans les meilleurs délais, lors de l'hospitalisation, la personne est informée qu'un réseau partenarial est mis en place à l'initiative :

- de l'assistant social du CH ou du service de la tutelle
- ou du « référent charte » du bailleur social
- ou d'un service social (CCAS, CGI, CHRS) ou d'accompagnement (SAMSAH, SAVS)

Les modalités peuvent être une rencontre au CH avec la personne et les partenaires cités ci-dessus, afin de faire le point sur la ou les problématiques existantes (sécurisation, hygiène, encombrement du logement, impayés, comportement auprès du voisinage ...)

La mise en place d'un plan d'action adapté est envisagée dans le but de permettre un retour à

domicile dans de bonnes conditions. Une visite du logement est organisée avec l'accord de la personne, ou de son représentant légal, par les équipes du CH en présence éventuelle du « référent charte » du bailleur.

Au vu de cette visite, si le logement de la personne connaît notamment des problèmes d'hygiène ou d'encombrement, les partenaires mettent en place un « contrat d'objectif » (cf. objectif n°1 § 2) en accord avec la personne pour garantir un retour au logement dans les meilleures conditions possibles (hygiène, troubles de voisinage, risque d'incendie,...). Durant l'application de ce contrat d'objectif, le CH informera les partenaires de toute sortie de la personne. Il est rappelé que le bailleur n'a pas la légitimité pour intervenir dans le logement pour le nettoyer, ou juger du caractère encombrant ou souillé des effets personnels.

Malgré toutes les démarches de prévention, le bailleur social peut à tout moment, si nécessité,

engager une procédure judiciaire civile. Il en informe la personne et les partenaires.

2/ La personne n'est pas hospitalisée mais les troubles graves du comportement qu'elle connaît se conjuguent avec des nuisances de voisinage, et/ou de l'agressivité, des problèmes d'hygiène ou d'encombrement du logement

Le bailleur met en place sa procédure de médiation habituelle par des rencontres régulières visant à résoudre les problèmes rencontrés (impayés, hygiène, encombrement, médiation de voisinage...)

Afin de conforter son action de médiation le « référent charte » peut faire appel au CMP local. Si la personne est connue du CMP, ils pourront ensemble s'engager dans un plan action. Si la personne n'est pas connue, le CMP pourra apporter ses conseils ou avis.

Si la démarche de médiation s'avère infructueuse, le référent charte du bailleur mobilise un réseau partenarial constitué des acteurs cités ci-dessus. Il informe la personne concernée de cette démarche.

De la même façon que lors d'une hospitalisation, un plan d'action adapté est mis en place en fonction des difficultés rencontrées.

Des points réguliers entre partenaires sont prévus afin de veiller à l'évolution de la situation et de réajuster éventuellement le plan d'action.

Malgré toutes les démarches de prévention, le bailleur social peut à tout moment, si nécessité,

Engager une procédure judiciaire civile. Il en informe la personne et les partenaires.

3/ Gérer les situations de crise conduisant à envisager une hospitalisation psychiatrique de la personne si les troubles rendent impossible son consentement

Rappel sur l'obligation d'assistance

Lorsque la sécurité de la personne est en jeu, ou bien celle d'autrui, l'obligation d'assistance peut conduire à une intervention (*voir « guide santé mentale et logement en Isère », 2.1.2 « obligation d'assistance », page 44*).

Rappel sur les hospitalisations sous contraintes

- Les procédures d'accès aux soins hospitaliers sont définies et doivent être respectées (*voir « guide santé mentale et logement en Isère, 2.3 « Les procédures » pages 53, 54*).
- Les hospitalisations sans consentement sont effectuées à la demande d'un tiers (HDT) ou à la demande du Maire ou du Préfet (H.O. – Hospitalisation d'Office).
- Les procédures :
 - La demande d'HDT est présentée par un membre de la famille ou par une personne pouvant justifier de relation antérieure à la demande lui donnant qualité pour agir. Ces relations peuvent être de nature personnelle ou professionnelle.
 - En cas d'urgence et de danger avéré pour la personne, tout témoin d'une situation, saisit le maire qui pourra prendre toutes les mesures provisoires en vue d'une hospitalisation d'office

Dans tous les cas, pour répondre à la crise, il faut interpellier le réseau partenarial, (force de l'ordre, médecin, éventuellement le maire, le bailleur, le travailleur social, le mandataire à la protection judiciaire,...) en n'hésitant pas à redéfinir collectivement les missions et les responsabilités de chacun.

Dès l'hospitalisation : Mobiliser un réseau de partenaires compétents et concernés par la situation

- Engager les partenaires (en particulier des signataires de la charte) sur leur domaine de
- compétence, pour préparer la sortie.
- Suivant les territoires et les partenariats, des réunions de suivi des situations sont à promouvoir.

Objectif n° 3

Développer la connaissance mutuelle des partenaires par la formation

Objectifs

- Mieux se connaître et pour cela développer des liens par des rencontres régulières.
- Repérer la souffrance psychique et développer une connaissance sur les maladies mentales, leurs symptômes et leurs conséquences sur la vie sociale.
- Partager une compréhension des modes de prise en charge, gérer des situations de crise et de conflit, faciliter l'accès et le maintien dans le logement.

Les moyens

De nombreuses structures existent pour poursuivre ces objectifs, et permettre des rencontres des référents bailleurs sociaux, des travailleurs sociaux et des professionnels de la santé, comme par exemple les Conseils Locaux de Santé Mentale.

Une sensibilisation et une formation du personnel dans chaque organisme sont également à rechercher, afin de :

- Développer des temps inter-bailleurs ou inter-structures sur la thématique, allant dans le sens de la mutualisation des enjeux et des pratiques.
- Faciliter la prise en considération de la problématique.
- Améliorer la connaissance des dispositifs locaux existants pour mieux orienter la personne.
- Développer des formations auprès des personnels de proximité des bailleurs sociaux afin de stimuler la veille de proximité et la compréhension face à certains comportements, incohérents, agressifs, dangereux.

Objectif n° 4

Engager une démarche de suivi et d'autoévaluation continue de cette présente charte

L'ensemble des partenaires signataires procèderont annuellement à une évaluation qualitative et quantitative du fonctionnement de la présente charte.

En amont de cette réunion annuelle, seront définis les critères et les modes d'évaluation, tels que respect de la personne, de la charte, utilité et efficacité de celle-ci.

III – Signature des partenaires qui s'engagent à mettre en œuvre cette charte

Monsieur le Préfet représenté par le Directeur de la DDASS de l'Isère

Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier de Saint Egrève

Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble

Monsieur le Président du Conseil Général de l'Isère

Monsieur le Président de l'UDCCAS

Monsieur le Maire de Grenoble

Monsieur le Président d'ABSISE

Monsieur le Président de Un Toit Pour Tous

Monsieur le Président du REHPI

Le représentant du Collectif CHRS

Monsieur le Président de l'UNAFAM

Le représentant des Mandataires à la Protection Judiciaire

ASMI

3A

Associations des bailleurs sociaux en Isère : ABSISE

ACTIS

ADOMA

ADVIVO

GRENOBLE HABITAT

LPV

OPAC 38

PLURALIS

SCIC Habitat Rhône-Alpes

SDH

SIALDI : Service interministériel d'accès au logement pour les personnes défavorisées de l'Isère

PALDI : Plan d'action pour le logement des personnes défavorisées en Isère

CLH : Comité local de l'habitat

FSL : Fonds de solidarité pour le logement

ASL : Accompagnement social lié au logement

Annexes 3 : quelques témoignages

1- Le dispositif de la MGEN

Ce dispositif qui a été construit pour donner en préalable les moyens d'une autonomie et d'un accès à la citoyenneté est sous tendu par un parcours REHAB qui inclus différentes modalités :

- Soins et suivi courant
- Apprentissage des modalités de restauration/ compensation : Remédiation Cognitive
- Programmes d'éducation thérapeutique(ARSIMED) et action envers les familles et les proches(PROFAMILLE)
- Accompagnement individualisé : Job COACH

Notre pratique et notre exercice quotidien incluent les concepts de rétablissement et de démocratie sanitaire.



OBJECTIF ET PUBLIC ACTUEL

Le dispositif des appartements associatifs de réinsertion vise à favoriser l'insertion socioprofessionnelle de personnes jeunes souffrant de troubles psychiques en leur permettant de développer leur autonomie par l'élaboration et le soutien d'un projet de vie (projet d'accompagnement personnalisé avec accompagnement individualisé : insertion professionnelle, sociale,...).

Les objectifs de notre dispositif sont :

- Accompagner un projet de vie individualisée (projet d'insertion socioprofessionnel)
- Développer les compétences d'autonomie, de vie sociale nécessaire à la vie en société
- Contribuer au processus de rétablissement au sens Clinique (retour pour le patient à un fonctionnement optimal et une absence de symptômes)
- Permettre l'insertion au sein de la société

Pour atteindre ces objectifs, l'association contribue à développer l'accompagnement des locataires en s'appuyant sur le service de Réhabilitation existant au sein de l'Etablissement de Santé Mentale de Rueil Malmaison / Groupe MGEN. Il s'agit là de pouvoir conceptualiser la prise en charge et la place de la personne vivant avec des troubles psychiques dans notre société par un ensemble de pratiques.

Ainsi, chaque patient devenu locataire s'inscrit dans un parcours au sein du service de Réhabilitation. Il bénéficie d'un Projet d'Accompagnement Personnalisé (P.A.P) étayé par un bilan neuropsychologique et un CASIG (évaluation des intérêts et ressources de l'usager).

Les résultats du bilan et l'analyse du CASIG nous permettent de proposer les activités adaptées à l'accompagnement et à la réussite du projet du résident comme les programmes de remédiation cognitive (CRT, IPT, RECOS) ou les programmes d'éducation thérapeutique du patient (Insight, groupe équilibre alimentaire, atelier du médicament,...).

Le chargé d'insertion intervient sur la coordination des appartements associatifs de réinsertion en proposant un suivi individualisé à chaque locataire. Le chargé d'insertion à l'entrée dans le dispositif accompagne le locataire dans l'élaboration de son projet de vie et procède à l'évaluation des habiletés de vie autonome. Par la suite, il coordonne les accompagnements dont a besoin la personne pour réaliser son projet de vie.

A ce jour, treize personnes résident au sein de nos appartements associatifs.

CARACTERISTIQUES DU PROJET

Caractéristiques du logement :

Notre projet dans sa conception a pour objectif d'offrir une possibilité de vivre, hors institution, en autonomie réelle dans un cadre agréable, confortable et respectueux de l'intimité de chacun (pour les résidents vivant en colocation) et de bénéficier d'un accompagnement individualisé et adapté.

Nos six appartements sont situés à différents lieux de la ville de Rueil-Malmaison facilitant ainsi l'accès aux ressources de l'environnement à la faveur d'un réseau de transport en commun facile d'utilisation. Ce projet inscrit les bénéficiaires dans une citoyenneté : une adresse, l'ouverture à une vie sociale, une préservation de leurs moyens matériels (loyers accessibles).

Les appartements associatifs affichent une proximité de la Clinique.

Le dispositif regroupe :

- 5 appartements de type 4 (trois chambres)
- 1 appartements de type 2 (une chambre)

Tous les logements sont équipés au niveau des sanitaires (douche, wc), de la cuisine (plaque vitrocéramique, four,..) et du salon (télévision, internet). Chaque chambre possède un lit une place, un espace de rangement et une table de chevet.

Statut du résident et médiation locative :

Chaque locataire signe un contrat d'hébergement qui a pour objet de favoriser les interactions entre les colocataires en stipulant certaines règles à respecter (pas de bruit après 22h, pas d'animaux domestiques, pas de consommation de toxiques,...).

Le contrat d'hébergement pose également certaines obligations telles que l'assurance responsabilité civile avec risques locatifs, le montant du dépôt de garantie, l'obligation de participer à des réunions hebdomadaires organisées par les membres de l'équipe des appartements associatifs...

Le coût des loyers varie entre 450 Euros et 600 Euros par locataire en fonction de la superficie de l'appartement.

Chaque locataire peut aménager sa chambre comme il le désire. Concernant les pièces communes, pour que des changements soient effectués (décorations ou autres), tous les colocataires doivent être d'accord et la présidente de l'association doit également donner son accord.

Modalités d'attribution du logement

Concernant les modalités d'attribution des logements, une procédure d'admission a été mise en place.

Toute personne souhaitant bénéficier du dispositif devra adresser une candidature au siège de l'Association (Clinique MGEN) à la Présidente de l'Association.

Chaque candidat bénéficiera de trois entretiens :

- Premier entretien : A réception de la candidature, un entretien est proposé avec le chargé d'insertion/job coach qui entend le candidat et définit si son projet est en adéquation avec celui de l'association.

A l'issue de ce premier entretien, l'équipe demande par courrier au psychiatre du candidat un écrit quant à son avis sur l'opportunité d'une admission au sein de notre dispositif pour son patient. Nous remettons également au candidat un dossier administratif qu'il devra compléter.

- Deuxième entretien : A la réception du courrier du psychiatre du candidat, nous proposons un entretien d'admission aux appartements avec le médecin psychiatre de l'établissement.
- Troisième entretien : A la réception du dossier administratif du candidat et avant son entrée en appartement, un dernier entretien a lieu avec le chargé d'insertion/job coach afin de reprendre les modalités pratiques de l'admission.

Une visite de l'appartement est organisée à l'occasion de ce dernier entretien.

L'admission se fait sur avis de la commission à laquelle participe :

- Le médecin psychiatre
- Le chargé d'insertion/job coach

Vie des résidents :

Un règlement intérieur propre au dispositif a été rédigé dont l'objectif est de favoriser la vie en colocation.

Ce règlement a été rédigé par les membres de l'association et le médecin psychiatre. Il est signé conjointement par le locataire et par la Présidente de l'Association. Il est divisé en quatre chapitres :

- Généralités : ce chapitre concerne la démarche de soins que le locataire s'engage à poursuivre pendant toute la durée de son contrat d'hébergement, l'observance du traitement médicamenteux, la nécessité d'avoir une activité de journée structurée et régulière (activité professionnelle, GEM, Hôpital de Jour, formation,...)

- Vie en communauté : ce chapitre concerne l'entretien de la chambre du locataire (son espace privée) et des parties communes (salle de bain, salon, cuisine), l'interdiction de fumer dans les pièces communes, pas d'hébergement de personnes de tiers pour la nuit,...
- Comportement : ce chapitre concerne l'interdiction d'avoir recours à la violence verbale ou physique mais également à la consommation d'alcool ou de produits toxiques (drogues).

Concernant la sécurité des résidents, une astreinte est mise en place. Tout locataire en difficulté peut contacter le cadre d'astreinte de la Clinique MGEN. Chaque locataire se voit remis une liste de personnes à contacter en cas de difficultés.

ACCOMPAGNEMENT DES PROJETS DE VIE :

Le projet de vie :

Nos principes d'interventions sont fondés sur une vision holistique de la personne à travers l'élaboration, l'accompagnement du projet de vie de chaque résident. Le recueil du projet de vie du locataire est contractualisé à son entrée au sein du dispositif.

Le projet de soins correspond à une partie du projet de vie qui a nécessité que celui-ci soit précisé dans le règlement intérieur cosigné par la Présidente de l'Association et le locataire. En effet, chaque locataire doit poursuivre la démarche de soins dans laquelle il s'est inscrit à son entrée dans le dispositif.

L'accompagnement à la vie quotidienne :

Chaque résident à son entrée dans le dispositif va bénéficier d'une évaluation sur les habiletés de la vie autonome (actes de la vie quotidienne) par un ou deux membres de l'équipe. A l'issue de cette évaluation sera proposé un accompagnement individualisé si cela est nécessaire en corrélation avec le projet de vie du résident.

Les accompagnements peuvent être réalisés par les professionnels tels que infirmiers, aides-soignantes, Aide médico psychologique, une ergothérapeute.

Un accompagnement pluridisciplinaire quotidien:

L'équipe intervenant sur le dispositif (composée de dix personnes) se réunit mensuellement. Cette réunion est un lieu d'échanges entre les différents professionnels permettant un regard croisé sur les accompagnements des résidents, de leur projet de vie mais également sur le dispositif.

Par ailleurs, toutes les réunions hebdomadaires (professionnels/résidents) sont toujours animées par deux professionnels. Suite à ces réunions, les professionnels transmettent toutes les informations qu'ils jugent utiles à l'accompagnement des résidents au sein du dispositif aux autres membres de l'équipe.

Les partenaires, une nécessaire articulation :

Le projet dans sa conception impliquait une collaboration entre les différents acteurs du territoire (Mairie, CCAS, Maison de l'emploi,...) amenés à prendre en compte le parcours de vie des personnes souffrant de troubles psychiques et du handicap en résultant.

Un partenariat a été mis en place avec un Etablissement et Service d'Aide par le Travail qui accueille des personnes souffrant de troubles psychiques. Ce partenariat a pour objectif de favoriser l'insertion des bénéficiaires de notre dispositif à partir du regard croisé. Actuellement, une réflexion est en cours avec une entreprise adaptée pour enrichir les partenariats.

Dans le cadre du partenariat avec le bailleur social, tous les gardiens d'immeuble peuvent contacter les membres de l'équipe et réciproquement. En cas d'urgence, les gardiens ou toutes personnes habilitées peuvent contacter le cadre d'astreinte de la Clinique.

Nous sommes dans une réflexion constante de recherche de partenaires faisant office de soutien communautaire au bénéfice des locataires.

2- De l'Hébergement thérapeutique au « Un chez soi d'abord »

1 – Bref historique et exposé de la problématique

Le mouvement de désinstitutionnalisation qui s'est développé à la fin du siècle dernier, d'abord en Amérique puis dans les autres pays occidentaux, a répondu à un vaste mouvement marqué par les théories antipsychiatriques américaines, anglaises, italiennes, etc., lesquelles - bien que n'étant pas semblables quant à leurs fondements théoriques - relevaient toutes de la meilleure connaissance des facteurs iatrogéniques des hospitalisations prolongées en psychiatrie, jugées responsables de la chronicisation des malades. C'est-à-dire que ceux-ci – atteints d'affections chroniques – risquaient de finir par s'adapter aux lieux institutionnels où ils allaient se « coller » et dont ils s'avéraient totalement dépendants (1). C'est ainsi qu'émerge, en France, dans les années 80 l'urgence de développer des prises en charge partielles et subséquemment la nécessité de séparer les lieux de vie des lieux de soins afin d'introduire des discontinuités dans les prises en charge des patients. Il s'est agi désormais de se battre contre l'hospitalisme (davantage que contre l'hôpital) : l'hospitalisation psychiatrique devant s'avérer aussi longue que nécessaire mais aussi courte que possible (2)...

La déshospitalisation a fait surgir de nouvelles questions : nos usagers ont-ils la capacité de s'intégrer dans la communauté ? La communauté peut-elle intégrer les malades mentaux ? Andréoli (3) souligne la distension des liens sociaux dans notre société qui s'avère peu supportive à la détresse de nos malades ; Bachrach (4) n'hésite pas à réclamer « un retour à l'asile » pour stigmatiser les situations d'abandon social dans lesquelles se retrouvent de nombreux malades. Dans le même temps, des études portant sur la qualité de vie des patients objectivent qu'ils sont, plus que quiconque, confrontés à de nombreuses difficultés : ils sont plus exposés et plus réactifs au stress, demeurent la plupart du temps solitaires et isolés, sans loisir, désœuvrés. La misère sociale est leur pain quotidien, ils vivent souvent de façon misérable (logement, revenus) et sont particulièrement exposés sur le plan de leur sécurité ; ils rencontrent des problèmes de santé, ont une alimentation de mauvaise qualité, se retrouvent souvent dans des lieux non adaptés (hôpital général, hospice, prison, ou à la rue...) et rencontrent des problèmes manifestes dans leur gestion administrative ou budgétaire (5). Les soins dans la communauté ne peuvent se limiter à des interventions codifiées : il faut également

s'assurer que la personne évolue dans un environnement qu'elle a choisi et où elle se sent en sécurité, qu'elle peut être accueillie près de son domicile pour des soins ou un accueil (à tout moment et même lors de l'urgence), qu'elle est inscrite dans un projet de réhabilitation qui lui convient et qu'elle a facilement à sa disposition des aidants atteignables.

En France, c'est dans ce contexte qu'apparaissent dans les années 80-90 les premiers appartements thérapeutiques associatifs, particulièrement dans le sillage du mouvement des Structures Intermédiaires prôné par l'A.S.E.P.S.I. (6) et de l'A.S.F.F.A.L.T.A. (Association Française pour les Foyers, Appartements et Logements Associatifs) (7). Ces appartements associatifs, à l'interface du social et du sanitaire, vont réaliser autant de petites unités de réhabilitation inédites dans lesquelles les patients vont avoir la possibilité d'élaborer leur projet individuel de vie. Ils dépendent d'associations Loi 1901, la plupart du temps reliées aux équipes de secteur dans un cadre purement bénévole. Ces appartements associatifs prendront des noms divers en fonction des expériences : appartements « relais », « satellites », « protégés » etc. Depuis la Loi Kouchner de 2002, une foule d'autres structures assez semblables se mettent en place dans le médicosocial ou dans le social et répondent aux besoins d'hébergement protégé des malades.

Malheureusement, force est de constater la pénurie de publications sur cette activité thérapeutique originale - purement franco-française – dans les journaux scientifiques internationaux, de même que l'absence de toute évaluation sérieuse de cette nouvelle modalité de soins favorisant l'intégration sociale.

Dans le même temps, en Amérique du Nord (U.S.A. et Canada), des études contrôlées ont été menées pour lutter contre le « sans-abrisme » chez des sujets atteints de troubles psychiatriques sévères. Deux modèles ont été expérimentés : le « treatment first » model(8), et le « housing first » model (9). Ces deux modèles reposent sur des postulats différents et opposés (voir ci-dessous). Les études ont montré que la mise à disposition d'un logement à des personnes sans-abri, atteintes de troubles psychiatriques, pouvait s'accompagner d'une réduction des hospitalisations et des visites aux urgences, d'une diminution des durées moyennes de séjour et des coûts hospitaliers et de prise en charge (10, 11, 12, 13), d'une amélioration de la qualité de vie et de l'état clinique du patient (13, 14). De même, la mise à disposition d'un logement avait été associée à une diminution de l'utilisation de substances psycho-actives (12, 15, 16). Enfin, l'engagement du patient dans sa prise en charge s'accompagnait d'une meilleure observance aux traitements, et d'une diminution des rechutes (17, 18).

On ne peut que regretter l'absence de travaux français sur les appartements associatifs qui auraient sans doute enregistré des résultats semblables...et que se féliciter de la recherche entreprise sous nos climats sur le housing first, en espérant que par contrecoup l'intérêt déclinant pour les appartements associatifs s'en trouve stimulé.

2 – De l'utopie réaliste au passage du droit formel au droit effectif : le programme expérimental « Un chez soi d'abord ».

Un programme public expérimental.

Le programme expérimental **Un chez soi d'abord** a été lancé en 2011 en France suite au rapport intitulé les gens sans chez soi (19), déposé en janvier 2010 auprès Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé par les Dr Vincent GIRARD, psychiatre à Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, Dr Pascale ESTECAHANDY médecin généraliste responsable d'un service de Lits Haltes Soins Santé à l'hôpital de La grave à Toulouse et le Dr Pierre CHAUVIN.

En priorisant **Un chez soi d'abord**, ce programme impose une inversion des logiques institutionnelles en priorisant les besoins des personnes sans chez soi vis-à-vis des besoins des institutions.

Ce programme s'adresse à un public caractérisé par des troubles psychiques sévères tels, la schizophrénie, les troubles bi polaires, avec ou sans addiction, à la rue, isolé, en règle sur le territoire pouvant, ainsi suivant son type de ressources financières, salaire ou différentes prestations sociales comme l'AAH, le RSA ou du pôle emploi, remplir les conditions requises pour signer un bail de sous location glissant dans la perspective de devenir locataire en titre ultérieurement suivant sa solvabilité et les conditions dans lesquelles il s'acquitte régulièrement de sa charge locative.

Un chez soi d'abord prend en compte le public remplissant les critères de recevabilité pour ce qu'il est, et non pour ce que les institutions souhaiteraient qu'il soit. Ainsi chaque personne est considérée dans sa singularité avec tout ce qui la caractérise avec la possibilité d'obtenir un logement sans clause restrictive et non avec certains renoncements vis-à-vis de consommations ou de comportements.

En échange, les règles régissant les immeubles d'habitation doivent être respectées, il est ainsi proposé par le logement une socialisation via une habitation ordinaire respectueuse de l'ensemble de ses locataires.

Programme expérimental relié à une recherche médicale placé sous la responsabilité du Pr Pascal AUQUIER de l'INSERM de Marseille (20), qui doit mesurer en terme de santé, qu'elles seraient les réductions des inégalités sociales en intégrant aussi bien une réduction des hospitalisations et une diminution de la durée des séjours, une diminution des risques, de visites aux services des urgences, d'une amélioration de la qualité de vie et de l'état clinique de chacune des personnes, ainsi que la diminution des consommations de substances psycho actives.

Cette recherche s'effectue sur une population de 800 personnes vivant à la rue suivant les critères de l'OMS et les syndromes déjà précisés sur la base de deux cohortes, une cohorte de 400 personnes bénéficiant d'un logement avec le statut de sous locataire et une cohorte de 400 personnes restant dans le dispositif des offres habituelles des prestations sociales et de soins.

Dans chacune des villes identifiées, Lille, Marseille, Toulouse et Paris la recherche s'adresse à 200 personnes, 100 personnes logées bénéficiant des prestations d'une équipe pluridisciplinaire et de 100 personnes bénéficiant des prestations habituelles.

La mise en place d'un tel programme nous impose une réflexion autour des déterminantes santé en santé publique, tel que le logement, le revenu, l'emploi, l'intégration sociale, le bien être, l'éducation etc.

Ce programme repose sur un décloisonnement des professionnalismes avec une adaptation aux besoins de la personne logée et aussi considère le logement comme un outil d'insertion. Cela impose aux différents acteurs de travailler avec toutes les formes de résistances aux changements issues des pratiques antérieures.

Le rétablissement

Ce programme vise au rétablissement du public admis, rétablissement qui ne correspond pas à un retour à un état antérieur, mais à un cheminement personnel partant de son ou ses traumatismes en composant avec les divers éléments constitutifs de la société, c'est-à-dire cette distanciation entre sa responsabilité et celles des autres (21). Ce qui rejoint certaines affirmations comme celles de Lucien BONNAFE (22) précisant que le sujet n'est jamais extérieur à ce qui lui arrive.

Ce n'est pas la guérison, Il s'agit d'un exercice de composition personnel respectueux du rythme du locataire entre le réel et la réalité de chacun. Mais guérit-on d'une psychose ? On peut vivre avec comme élément de la personnalité.

Le sujet psychotique n'est pas que ses symptômes, il est avant tout une personne et non une maladie. Le rétablissement nécessite de l'espoir et de croire que le changement est possible. Pour cela le sujet doit devenir acteur de ses propres changements.

Financement du programme.

Le financement de ce programme provient en totalité de l'Etat via les Agences Régionales de Santé et les Directions Déconcentrées de Cohésion Sociale, la DRIHL pour le programme parisien. Les ARS financent l'ensemble des postes budgétaires, les DDSC financent les postes de capteur de logement, celui de l'homme d'entretien des logements ainsi que la gestion des logements via l'Intermédiation Locative (Loi Molle 2009-323 du 25 mars 2009).

Le budget en année pleine pour le suivi de 100 personnes est de 1 700 000 € avec une équipe dédiée de 11 équivalents temps pleins.

Identification du public et entrée dans la recherche. Le repérage du public s'effectue avec l'ensemble des équipes de maraudes sociales et les diagnostics psychiatriques sont posés par des psychiatres des Equipe Mobile Psychiatrie Précarité. Une fois diagnostiqué, un dossier dans lequel figure les critères d'éligibilité est adressé à l'équipe de recherche qui après vérification des critères remplis, rencontre les personnes leur précisant l'objet de la recherche avec les deux cohortes en leur demandant de réfléchir si elles acceptent de rentrer dans ce protocole de recherche.

Un délai de quelques jours est proposé pour réfléchir avant un rendez-vous avec un médecin investigateur agréé afin de recueillir le consentement éclairé actant la volonté de rentrer dans le protocole de recherche.

A cette étape un tirage au sort avec ses aléas est effectué dans quelle cohorte la personne rentre logée ou non logée. Quelque que soit le résultat de ce tirage au sort, toute personne ayant donné son consentement pour rentrer dans cette recherche sera rencontrée par l'équipe de recherche tous les six mois pendant deux ans, soit cinq rencontres qui permettront de vérifier s'il y a une réduction des inégalités sociales en terme de santé entre les personnes non logées et celles devenues sous locataires.

Les personnes non logées suivent le parcours habituel des personnes sans chez soi dans la perspective d'être admis suivant les offres habituelles, rue, CHU, centre de stabilisation, CHRS etc. Elles suivent ce fameux escalier inscrit dans la chaîne de l'habitat qui renforce les processus de l'exclusion.

Un chez soi d'abord s'inscrit dans une inversion de cette logique qui propose avant tout un chez soi d'abord à partir duquel sont organisés toutes prestations ou accompagnements priorisant avant tout les besoins des personnes sans chez soi par rapport aux offres habituelles hébergement/logement et leurs processus institutionnels.

Chaque personne rentrant dans la cohorte des personnes logées est rencontrée dans un délai court, deux à trois jours par des membres de l'équipe pluridisciplinaire, dénommée équipe dédiée, qui après avoir rappelé les attendus du programme et de son protocole, bénéficie d'un logement avec le statut de sous locataire.

Les futurs locataires ont le choix entre trois logements dans des quartiers différents avec des loyers mensuels avec charges se situant entre 220,00 à 450,00 €, ceci en fonction des surfaces qui oscillent entre 16 à 32 m². Chaque logement dispose d'un ameublement temporaire permettant à tout locataire de vivre immédiatement dans son logement.

Equipe pluridisciplinaire.

Cette équipe pluridisciplinaire constituée d'un psychiatre, d'un médecin généraliste addictologue, des travailleurs sociaux divers, de formations diverses, ayant des compétences dans les domaines des addictions, et de l'emploi, d'infirmières et aussi des médiateurs santé pairs ayant une expérience dans ce qui singularise le public identifié. A cela il convient d'ajouter, un capteur de logement, une secrétaire, un homme d'entretien pour les logements, tous ces postes sont à temps partiels, mi-temps en général.

Le travail de l'équipe dédiée repose essentiellement sur de l'empathie (23) qui ne saurait se confondre avec une quelconque compassion.

L'équipe se réunit chaque matin sur une courte période en tout début de journée afin d'organiser le travail de sa journée suivant les événements de la veille et des planifications déjà arrêtées, accompagnements dans des démarches, synthèses avec des partenaires dans lesquelles les locataires participent et sont même appelés à les animer puisqu'il s'agit d'eux-mêmes.

Afin de viser la satisfaction des besoins identifiés des locataires, est déterminée dans le cadre d'une création singulière la mise en place d'un réseau de services (sociaux, sanitaires) qui servira de guide à tous dans l'organisation des démarches et de leurs temporalités.

Les bénéfices d'un travail en pluridisciplinarité sont des apports indispensables pour la prise en compte des besoins identifiés des locataires. Les médiateurs santé pairs sont une aide tant pour les locataires que pour leurs collègues. Pour les locataires, ils peuvent être des images identificatoires au niveau du rétablissement.

Le travail en VAD à raison de deux à trois par semaine s'effectue en binôme, ce ne sont pas toujours les mêmes personnes qui effectuent les VAD chez les mêmes locataires. Tous les membres participent à ce type de prise en compte.

Chaque VAD a, au moins un objectif suivant ce qui a été convenu lors de la dernière rencontre. Elles ne sauraient se résumer à un échange dans la forme d'entretien très régulier à caractère thérapeutique ou social, mais sont centrées autour de certains éléments d'insertion par le logement :

- changement des adresses administratives,
- démarches vis-à-vis de la gratuité des transports suivant les critères définis par la Ville de Paris,
- l'ameublement durable du logement avec choix sur un catalogue ou dans un magasin avant de procéder aux achats
- coordination de soins tant somatiques que psychiatriques,
- identifications de certains services dans le quartier, bureau de poste, mairie, commissariat, moyenne surface alimentaire, centre culturel, pharmacie, bus, métro etc.
- accompagnements dans certains gestes quotidiens, comme la mise en place d'achats des nécessités du quotidien, produits alimentaires, d'hygiène, divers achats.
- organisation des journées, soit dans le cadre de démarches ou d'activités,
- mise en place de rencontres de types synthèses partenariales avec les locataires dont ils peuvent être les animateurs.
- reprise de contacts vis-à-vis de liens familiaux distendus en regard de leur errance.

Ainsi ces visites régulières autorisent l'approche des soins, de l'économie, du social et de la citoyenneté.

Statut en regard du logement.

Les locataires signent un bail de sous location à leur entrée dans la perspective du glissement de ce bail à leur nom. Le choix arrêté à Paris pour prospecter des logements a été de nous rapprocher des bailleurs sociaux en leur proposant de s'investir dans cette recherche.

Il s'agit d'un bail simple qui n'est d'aucune façon relié à un contrat thérapeutique. Ainsi chaque locataire a comme seule obligation de respecter les règles liées à la contractualisation.

Chaque locataire est chez lui, il est à même de recevoir qui il veut. La seule condition est de ne pas troubler la quiétude qui doit régner dans tout immeuble d'habitation

Chaque locataire, s'acquitte mensuellement de son loyer différentiel après perception de l'allocation logement. A son entrée il doit s'acquitter d'un dépôt de garantie, du paiement du loyer à terme à échoir et de la souscription d'une assurance habitation.

Des modalités d'étalement de paiement peuvent-être déterminées en fonction des situations présentées par chacun (Etalements qui ne changent en rien aux obligations locatives en termes de gestions des logements).

L'inconditionnalité de l'accueil permet de rentrer dans le programme sans renoncer à diverses consommations. Celles-ci feront partie de la prise en compte des difficultés des locataires. Cette inconditionnalité est totale puisque l'équipe dédiée n'est pas impliquée dans la sélection des personnes logées.

Captations des logements.

Antérieurement au lancement de ce programme Un chez soi d'abord en 2011, des rencontres organisées par le mouvement HLM avaient traité des difficultés à intégrer dans des logements sociaux des personnes présentant des symptomatologies psychiatriques, ou présentant des troubles du comportement sans un accompagnement social adapté.

Difficultés qui pouvaient s'entendre, mais la mise en place d'une équipe dédiée conséquente rassure les bailleurs.

De plus, au niveau de l'équipe dédiée est mis en place une astreinte **H 24**, chaque jour de l'année ce qui permet aux bailleurs suivant leurs organisations en interne de joindre à tout moment une personne de l'équipe qui est à même de se déplacer si les circonstances l'exigent. Un chez soi d'abord repose d'abord sur le logement et, rejoint ainsi le droit au logement pour tous. C'est à partir de ce lieu que tout va être organisé avec les membres de l'équipe dédiée.

Lors de son entrée dans son logement, est remis à tous nouveaux locataires outre un guide de l'occupant qui précise sous forme de dessins en couleurs ce qui ressort de la responsabilité du bailleur et de ce qui ressort de la responsabilité de l'occupant, un kit d'entrée qui est constitué de vaisselles, de produits alimentaires obtenus grâce à un partenariat avec la banque alimentaire, ainsi que des produits d'hygiène et d'entretien.

Dans un chez soi d'abord, le logement est considéré comme un des outils d'insertion comme le sont l'emploi, la culture, la santé, la formation et les locataires ne sont pas considérés comme des malades ou des patients, mais comme des êtres sociaux, ils ne sont pas que leurs symptômes ou leurs syndromes, ils sont avant tout considérés comme des membres à part entière de la communauté humaine. A compter de cette entrée, les prises en compte des besoins après avoir été identifiés de façon partagée vont donner lieu à une priorisation. Cette expérimentation s'effectue par une métamorphose de la culture dans le travail aussi bien sanitaire, social que médico-social.

L'heure n'est pas encore au bilan, puisque cette expérimentation ne fait de débuter, août 2011 à Marseille et août 2012 à Paris. Néanmoins pour les 170 personnes logées dans le programme sur les quatre sites, des améliorations de leurs différents états sont constatés, tous parlent plus de leurs devenirs que de livrer des pans entiers de leurs passés douloureux ou de la rue.

3 - Discussion et tentative de théorisation

A- Le modèle *housing first* relève clairement, pour sa philosophie, des apports du grand courant de Réhabilitation psychosociale, particulièrement développé en Amérique du Nord. Il engage les aidants des personnes vulnérables à les aider à développer leurs capacités persistantes plutôt qu'à stigmatiser leurs incompétences ; il s'agit formellement de s'appuyer sur les potentialités de la personne – la partie « saine » - afin de leur permettre de se gérer eux-mêmes, de développer des activités sociales et de vivre selon leurs goûts. Le concept de *recovery* (rétablissement) s'appuie sur une abondante littérature portant l'accent sur l'amélioration que rencontrent certains malades considérés comme rétablis : en rémission symptomatique et/ou fonctionnelle. Le mouvement, surtout porté par des usagers (*Survivors, Schizophrenia anonymous* etc.) considère le *recovery* comme un processus d'épanouissement et de développement personnel (et non pas comme une étape définitive) centré par la responsabilité retrouvée de l'usager face à la maladie (« le rétablissement n'est pas un cadeau octroyé par les médecins mais la responsabilité de chacun d'entre nous ») qui vise à une adaptation positive aux effets de la maladie avec reprise d'un contrôle sur sa vie. Ce modèle, qui sous-entend que « l'on va apprendre à vivre avec sa maladie », valorise le point de vue de l'usager « qui sait mieux que quiconque ce qu'il doit faire pour se rétablir » (24).

En découle forcément une sorte de redéfinition des rôles. Les soignants habitués à décider et à protéger les patients sont invités à les laisser choisir ce qui leur paraît bon pour eux. De plus, l'accompagnement, indispensable tout au long des étapes du rétablissement, doit être médical mais surtout social, ce qui est le propre du Mouvement de Réhabilitation Psychosociale dont les actions débutent dans le Sanitaire (incapacités) pour se poursuivre dans le Social (désavantages) (2).

Cependant, il est évident que dans le *housing first* il n'y a pas que de l'appui social : une action thérapeutique s'opère également. Les données relevées dans la pratique de l'hébergement thérapeutique peuvent nous aider à en connaître les mécanismes.

B- La théorisation de l'action thérapeutique dans les appartements thérapeutiques associatifs.

Plus de vingt ans de pratique nous ont permis de déterminer qu'ils s'adressent principalement, sous nos climats, aux personnes qui, du fait de leur pathologie, s'avèrent incapables de vivre seules et ont besoin du soutien d'un milieu institutionnel, ne serait-il qu'en partie protégé. Ils concernent ces patients qui sont stabilisés en milieu institutionnel et qui décompensent dès qu'ils sont livrés à eux-mêmes. Malgré la variété des modèles développés ici ou là, leurs concepts sont souvent identiques, avec une même philosophie des soins, une même organisation pratique et des mêmes fonctions, plus ou moins modulées. On retrouve habituellement un contrat de sous-location ainsi qu'un règlement intérieur qui engagent les résidents à respecter des règles de vie définies et à poursuivre les soins auprès de l'équipe de suivi. Surtout, explicite ou implicite, c'est le contrat thérapeutique passé avec l'équipe qui constitue l'élément essentiel de ces prises en charge : il vient authentifier l'engagement du patient à continuer à se soigner et des soignants à suivre le patient.

C'est le contrat thérapeutique qui réalise l'action thérapeutique dans les appartements qui en eux-mêmes, n'ont pas à proprement parler d'action soignante. La poursuite des soins y est très clairement définie : consultations, activités dans les centres de jour, activités dans les ESAT, etc. L'équipe de soins y est précisée : référents infirmiers qui continuent à suivre les patients en allant les rencontrer, etc. Les bases théoriques du fonctionnement des appartements associatifs peuvent être distinguées en : fonction éducative ou réadaptative, fonction d'hébergement, fonction de transition (ou pas), enfin, fonction psychothérapeutique (25).

a/ La fonction première des appartements associatifs est bien sûr l'hébergement, qui représente une condition fondamentale pour la réhabilitation psychosociale : habiter quelque part c'est déjà « s'habiter soi-même ». Souvent en raison de leur pathologie ou de leur instabilité les patients n'ont jamais pu vivre seuls : ils sont passés d'institution en institution avec parfois un hébergement provisoire dans le milieu familial. Procurer à ces patients un logement stable réalise souvent une première occasion de se stabiliser également dans les soins et d'investir durablement leur prise en charge. Dans l'appartement, ils occupent une chambre individuelle qu'ils peuvent personnaliser ; ils choisissent leur nourriture, leurs objets personnels, le linge qu'ils portent... ils expriment d'ailleurs régulièrement leur satisfaction et il est exceptionnel que l'un d'entre eux se plaigne de la vie dans les appartements associatifs.

b/ Fonction éducative : la fonction éducative ou réadaptative des appartements est essentielle : l'équipe soignante va encadrer et accompagner le patient dans son travail d'autonomisation qui constitue un des buts recherchés par les séjours en appartement, il faudra souvent le stimuler dans les domaines aussi variés que : l'aide à la gestion de l'argent, de l'espace, l'aide à la gestion du temps, à l'organisation de la vie quotidienne (cours, préparation des repas) et surtout, aide à la réalité sociale (voisinage, sorties et loisirs).

c/ Fonction de transition : les séjours en appartement associatif instaurent une solution intermédiaire. C'est dans cet espace protégé où l'angoisse peut être contrôlée, à travers cette sollicitation des capacités d'autonomie, dans cette mise en tension à travers des crises que pourra apparaître un mouvement de mobilisation, une véritable relance du traitement.

d/ Fonction psychothérapeutique : la présence discontinue de l'équipe soignante dans les appartements associatifs entraîne une alternance présence / absence qui amène des moments de rupture et va permettre au patient d'élaborer l'absence et le manque. La relation de dépendance de ces sujets, habituellement psychotiques, va ainsi trouver à s'aménager en leur donnant la possibilité de se maintenir en l'absence de l'autre et de sauvegarder leur sécurité existentielle au cœur même de cette absence.

Nous avons décrit le phénomène de la satellisation (26) développé par les patients marqués par un long passé institutionnel qui auront tendance à se satelliser autour des lieux de soins psychiatriques. Cette relation de satellisation consiste en « l'établissement d'une relation de demi-assistance à une institution comportant des mesures dégressives de rattachement avec les lieux de soins ».

Pour certains patients très régressés qui sont dans une grande dépendance par rapport aux soignants, il est impératif de les aider à maintenir ces liens de dépendance, si besoin en les organisant afin de leur permettre d'aménager leur vie sociale. Ainsi, construire dans la cité un réseau d'accueil et de soin (foyer, CATTP, hôpital de jour, centre de crise ouvert 24 heures sur 24 etc.) permet à ces patients de se maintenir dans la communauté en sécurité. Les possibilités d'accueil et de soins de ce réseau vont être utilisées diversement par eux qui pourront ainsi aménager, selon leurs besoins individuels, leur relation de dépendance vis-à-vis de l'institution. D'ailleurs, le simple fait de savoir qu'à tout moment ils peuvent se réfugier quelque part dans un lieu proche de leur domicile et où ils pourront être entendus suffit habituellement à les rassurer. Les bases théoriques de la satellisation se fondent sur la permanence des liens transférentiels et institutionnels et sur le travail de restauration de l'autonomie psychique. L'accueil, les différentes activités et les soins proposés dans les différents lieux d'accueil sectoriels vont servir de support à des réseaux d'échanges interpersonnels. Les situations matérielles, les objets concrets ainsi que les personnes intermédiaires vont jouer un rôle médiateur ; en même temps, la situation institutionnelle va offrir différents supports au transfert chaotique des malades et permettre un éparpillement de ces transferts : le travail de l'équipe psychiatrique consistant à rassembler la totalité de ces fragments et investissements diffusés grâce aux diverses réunions et à la cohésion des membres de l'équipe. La relation de satellisation se fonde sur la permanence des réseaux institutionnels et des liens transférentiels institutionnels tout en articulant de façon dialectique le social et le soin.

C- Discussion/Conclusion

On l'aura compris, instruits par l'expérience française de l'hébergement thérapeutique, nous ne doutons pas de la réussite du programme de recherche **un chez soi d'abord**, dont il n'est pas faux de souligner les ressemblances : c'est surtout le soutien au niveau du logement par une équipe pluridisciplinaire qui apparaît l'élément primordial. Parmi les différences, signalons l'absence de contrat thérapeutique formel qui pourrait inquiéter : les personnes logées pouvant à tout moment couper les liens avec l'équipe de recherche. Toutefois, il semble que prévaut fortement l'engagement implicite, de part et d'autre, ce qui explique probablement le faible taux de perdus de vue dans les études anglo-saxonnes et dans les cas déjà introduits dans l'étude française au moment où nous écrivons ces lignes. Sur ce point, dans le modèle *housing first*, les choses sont claires : l'expérience tient sur le soutien intensif au domicile sans aucune obligation (« *The provider is obligated to bring robust support services to the housing. These services are predicated on assertive engagement, no coercion* » (27)). Ceci met sans doute en lumière que c'est davantage l'engagement des accompagnants qui compte le plus, ceux-ci ne pouvant relâcher leur implication dans le projet.

Gilles VIDON, Jean-Marc ANTOINE¹⁵

¹⁵ *Gilles Vidon, Psychiatre des Hopitaux, Saint Maurice – 94413 Jean-Marc Antoine, Coordonnateur du programme parisien porté par l'EPS Maison Blanche et un Groupe Momentané d'Entreprises constitué des Associations Aurore, Charonne, l'œuvre Falret et l'association des Cités du Secours Catholique et du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris.*

Bibliographie

1. Goffman E, *Asiles*, Editions de Minuit, Paris 1968
2. Vidon G et col. *Réhabilitation Psychosociale en Psychiatrie*, Frisons-Roche Edit., 1995
3. Andreoli A, *Ni thérapie, ni rééducation : la place des techniques de resocialisation dans le traitement des patients psychotiques*, *Actualités Psychiatriques*, n°3, 1989
4. Bachrach L.L., *Desinstitutionalization : an analytical review and sociological perspective*, NIMH Rockville M.D, 1976
5. Mercier C, *Le patient psychiatrique chronique dans la communauté : son expérience de vie*, *L'Information Psychiatrique*, n° 10, décembre 1988
6. Reverzy JF, Dameron JF, Guérisons, soins, appartements thérapeutiques et structures intermédiaires, *Inf. Psych.* vol 55, n°4, avril 79
7. Vidon G, Goutal M, *Lieux de vie, lieux de soins*, EMC, 1995
8. Leff HS, Chow CM, Pepin R, Conley J, Allen IE, Seaman CA, *Does one size fit all? What we can and can't learn from a meta-analysis of housing models for persons with mental illness.* *Psychiatr Serv* 2009; 60(4):473-82.
9. Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M, *Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis.* *Am J Public Health.* 2004; 94(4):651-6.
10. Sadowski LS, Kee RA, VanderWeele TJ, Buchanan D, *Effect of a housing and case management program on emergency department visits and hospitalizations among chronically ill homeless adults: a randomized trial.* *Jama* 2009; 301(17):1771-8.
11. Larimer ME, Malone DK, Garner MD, Atkins DC, Burlingham B, Lonczak HS, Tanzer K, Ginzler J, Clifasefi SL, Hobson WG, Marlatt GA, *Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems.* *Jama.* 2009; 301(13):1349-57.
12. Martinez TE, Burt MR, *Impact of permanent supportive housing on the use of acute care health services by homeless adults.* *Psychiatr Serv* 2006; 57(7):992-9.
13. Gilmer TP, Stefancic A, Ettner SL, Manning WG, Tsemberis S, *Effect of full-service partnerships on homelessness, use and costs of mental health services, and quality of life among adults with serious mental illness.* *Arch Gen Psychiatry.* 2010 Jun; 67(6):645-52.
14. Kyle T, Dunn JR, *Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review.* *Health Soc Care Community.* 2008; 16(1):1-15.
15. Clark C, Rich AR, *Outcomes of homeless adults with mental illness in a housing program and in case management only.* *Psychiatr Serv* 2003; 54 (1):78-83.
16. Padgett DK, Stanhope V, Henwood BF, Stefancic A, *Substance use outcomes among homeless clients with serious mental illness: Comparing Housing First with Treatment First Programs.* *Community Ment Health J.* 2011 Apr;47(2):227-32
17. Dassa D, Boyer L, Benoit M, Bourcet S, Raymondet P, Bottai T, *Factors associated with medication non-adherence in patients suffering from schizophrenia: a cross-sectional study in a universal coverage health-care system.* *Aust N Z J Psychiatry*, in press;44(10):921-8.
18. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, Docherty JP, *The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness.* *J Clin Psychiatry.* 2009; 70 (Suppl 4):1-46; quiz 7-8.
19. Vincent Girard, Pascale Estecahandy, Pierre Chauvin. *Les gens sans chez soi. Rapport à la Ministre de la santé Roselyne Bachelot* Janvier 2010
20. Auquier P, *Programme un chez soi d'abord*, PHRC 2011 Greacen T, Jouet E, *Pour des usagers de la psychiatrie acteur de leur propre vie*, Editions érès 2012
21. Lucien Bonnafé. *La psychanalyse de la connaissance*, Erès, 2002
22. Hochman J, *L'histoire de l'empathie*, Editions Odile Jacob, 2012
23. Vidon G, *Qu'est-ce que le recovery ?* *Journées de l'Hôpital Esquirol*, mai 2012
24. Vidon G, Combes, C Gross A, *Discontinuité des soins et satellisation*, in *Quels toits pour soigner*, Sassolas M (dir), Erès, 2011
25. Muldworf L, Depersin I, Vidon G, *La Satellisation in l'Hébergement thérapeutique*, Erès Edit., Toulouse, 1990
26. *Housing First*, from Wikipedia, the free encyclopedia.



Le contrat thérapeutique dans les appartements thérapeutiques : c'est ça qui est thérapeutique !

Gilles VIDON (Paris)



Historique des appartements associatifs (A.T.A)

- Apparition : années 70 et 80
- (≠Appartement thérapeutique dans le décret du 14 mars 1986)
- Appartement associatif « thérapeutique », « relais », « satellite », « protégé », etc.
- A l'interface du « social » et du « sanitaire » : petites unités de réhabilitation.
- Depuis 2002, d'autres structures à partir du sanitaire ou du social : maison communautaire, foyers, etc.
- Toujours à la mode ???

Principes

- Séparer les lieux de vie des lieux de soins
- Discontinuité dans les prises en charge : les ATA (appartements associatifs thérapeutiques) ne réalisent pas des prises en charge 24 heures sur 24
- Diversification de l'offre d'hébergement à visée thérapeutique : faire du sur-mesure
- Faire du soin ambulatoire à des conditions acceptables
- Ne pas être iatrogène
- Permettre la meilleure observance médicamenteuse possible

Aspects organisationnels

- Milieu associatif, relié aux équipes de secteur / ou pas
- Grande diversité d'une équipe à l'autre :
 - Contrat de sous-location
 - Règlement intérieur : activités prévues, interdictions
 - Contrat thérapeutique :
 - *engagement du patient à continuer à se soigner
 - *et des soignants à continuer à suivre le patient...
 - Accompagnement discontinu par les référents soignants
 - Durées de séjour...

LE CONTRAT THERAPEUTIQUE = C'EST CE QUI EST THERAPEUTIQUE



Indications et contre-indications

- Patients stabilisés mais incapables de vivre seuls
- Stabilisés en milieu institutionnel
- Incapables de s'adapter à l'absence de soignants ou d'aidants
- Psychoses ; troubles graves de la personnalité...
- Contre-indications : conduites addictives, troubles du comportement gênants



Bases théoriques

- Fonction éducative et réadaptative
- Fonction d'hébergement
- Fonction de transition / ou pas
- Fonction psychothérapique



Surtout, travail d'autonomisation

- Toilette, hygiène, ménage.....aides
- Aide à la gestion du budget, formalités administratives.....suivi
- Aide à la gestion du temps et de l'espace.....aides
.....aide à la réalité sociale, à l'organisation et à la gestion des activités de la vie quotidienne, responsabilisation quant à la prise médicamenteuse.....

(Règle de l'antériorité)



Et pourquoi pas du long séjour dans les A T A ?

- Echec court séjour...
- Pas assez de temps...
- Hypocrisie des renouvellements...
- Echec (?) de l'idée de transition

La relation de satellisation

Définition :

- ... « établissement d'une relation de demi-assistance et de soins avec le malade comportant des mesures dégressives de rattachement... »
- Articulation dialectique des mesures sociales et des soins (au coeur de la RPS)

La relation de satellisation

Bases théoriques :

- Permanence des liens transférentiels institutionnels
- Restauration de l'autonomie psychique à travers un réseau d'échanges interpersonnels
- Les situations matérielles ainsi que les personnes intermédiaires jouent un rôle médiateur
- Respect de la dépendance vis-à-vis de l'institution : « fragilisation progressive du cordon ombilical »



La relation de satellisation

- Profonde dépendance envers l'objet dont ils ne voudraient point dépendre du tout
- La satellisation propose un modèle de relation nouveau qui peut se rapprocher du jeu du Fort-Da
- Alternance, présence/absence de la mère permettant de supporter l'absence de celle-ci

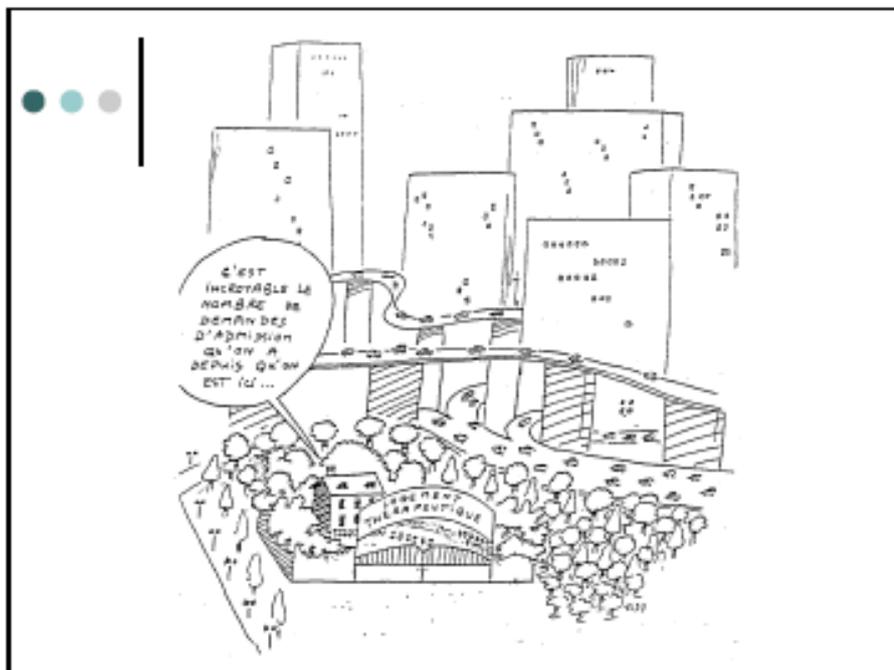


Corin et Lauzon, à Montréal

- Position de « retrait positif » : modalité générale de rapport à distance au monde social
- « présence absente » : se mettre à l'abri des pressions extérieures
- Être simultanément en dedans et au dehors du champs social, demeurer à distance tout en se trouvant avec d'autres

Conclusion

- Situation économique
 - en personnels
 - financière
- Les plus graves des peu autonomes
- Associations / secteurs psychiatriques bénévoles
- Longs séjours





Cadre Thérapeutique XXIe siècle

- Stable, continu, solide, aussi contenant que possible : se mettre à l'abri de pressions extérieures)
- Tolérant, disponible : permettre une autonomisation
- Mais lacunaire afin de constituer un espace intermédiaire, transitionnel, étayant avec le milieu social

3- Illustration par une situation clinique à Argenteuil

Patient de 43 ans connu du secteur depuis plus d'un vingtaine d'année. Diagnostic posé : schizophrène

Nous l'appellerons Monsieur M. Il est l'ainé d'une fratrie de 3 enfants d'origine Algérienne. La famille a habité dans le sud de la France jusqu'à l'assassinat du père par la mère dans un contexte de violence conjugales graves. Les enfants ont été placés plus ou moins longtemps et la famille s'est ensuite installée en région parisienne. Mr M a lui un parcours plus long en institutions.

Début des troubles à sa majorité, petit travail, puis parcours en Hôpital de jour et orientation en ESAT. La mère de Mr a refait sa vie et a un enfant de cette nouvelle union. Le climat au domicile est difficile.

En 1995, Mr M intègre les appartements associatifs collectifs, en 2000 il lui est proposé d'entrer en studio. Un certain équilibre est trouvé. **ESAT, CMP (médecin traitant et IDE) et équipe des appartements associatifs.** Cette situation doit être provisoire puisque Mr Devrait avoir une attribution de son logement.

Mr est un bon travailleur dans le sens noble du sens, impliqué inventif, il travaille 0 Paris en Restauration à Bastille. Pendant toute cette période il tente tous les mois de négocier son traitement. Ce dernier lui arrache toute sa créativité et son intuition.

En septembre 2005, rupture sentimentale décompensation et arrêt de travail. Décembre 2005 1ere hospitalisation en HDT signée par la jeune sœur. La dernière remontait à plus de 10 ans.

Tous les lieux deviennent pour Mr Lieu de souffrance, et très rapidement, il se sent persécuté soit par l'extérieur et même dans son logement. Je ne vous décrirais pas son délire ni les manifestations et mécanismes de défense de Mr M mais toute la stabilité et les repères que Mr Avait mis en place explose et implose en quelques semaines.

Pendant 3 ans jusqu'en 2008, nous notons une escalade dans sa difficulté à vivre seul, les relations avec le voisinage deviennent tendues. Comme la menace rode, il devient agressif, insultant et les voisins nous signalent ses sollicitations nocturnes.

A cette période Mr M avait dans sa prise en charge, le CMP (Médecin, Ide et AS) et l'équipe des appartements associatifs.

Pendant cette période, l'ESAT propose la fin de prise en charge . Ce travail d'acceptation a été difficile à accepter pour Mr qui perdait pour lui sa place dans la société active. L'articulation avec l'ESAT et les différents acteurs du soin a permis de rassembler les difficultés du moment de Mr M et de l'aider à réfléchir à un autre projet.

Les hospitalisations pendant cette période ont été longues et difficile. Mr M a eu beaucoup de mal à retrouver son élan d'avant.

La place de la famille pendant cette période, elle a tenté d'approcher Mr avec des attentions pour son quotidien mais parfois se sentant en danger et prenant de la distance.

L'hôpital était le seul lien et lieu rassurant cadrant et contenant.

En 2008, l'équipe des appartements associatifs, prend la décision de mettre fin à la prise en charge en studio associatif. Cette fin de prise de charge s'opère pendant que Mr est toujours hospitalisé. La proposition est de redéfinir un projet dans un cadre contenant et rassurant un hôpital de nuit avec la reprise d'un hôpital de jour et reprise d'ESAT. Ceci est un passage éprouvant, un retour en foyer transitoire avec la question de devoir être domicilié au CCAS.

Pendant cette période Mr X est accompagné par La Galiote, le CMP et l'HDJ

2011, nous proposons à Mr de repasser par un appartement collectif associatif afin de travailler son projet d'avoir son propre logement. Cette nouvelle étape est ponctuée de nouvelle épreuve pour Mr.

Il est toujours dans la négociation tous les mois de modifier son traitement qu'il accuse de lui faire perdre ses capacités intellectuelles et le prive de pouvoir travailler et donc de garder sa place dans ce nouvel ESAT. Mr multiplie les arrêts maladie et reprend l'HDJ.

La fin de l'acceptation du travail a été possible lorsque Mr a pu entendre qu'il n'avait pas seulement le statut d'adulte handicapé, mais de travailleur ayant le droit comme toutes personnes à son inaptitude à travailler et donc de bénéficier du fond 'invalidité. Cette reconnaissance a permis à Mr de lâcher prise et de se donner le droit de pouvoir trouver sa place avec un autre statut.

Enfin sur un plan clinique, vous vous doutez bien que n'est pas gagné. Mr voit toujours comme solution la rencontre avec une femme comme la fin de son mal être.

La façon dont Mr tente de prendre de la distance avec tout son délire, l'énergie qu'il déploie est héroïque. Il veut avoir son logement, il n'est pas question de vivre en foyer, son histoire est très douloureuse pour envisager cette possibilité.

C'est pourquoi, en 2011 parallèlement à son retour en appartement associatifs la question d'une prise en charge en SAVS a été proposé à Mr M/

Dans un 1^{er} temps Mr n'était pas d'accord pour, il ne voulait pas de nouvelle équipe dans sa prise en charge. Nous lui avons dit à cette époque que nous ne soutiendrions pas sa candidature dans un logement autonome sans cet étayage. De plus nous lui avons assuré que la transition et la complémentarité avec l'équipe d SAVS serait réfléchi ensemble. Il a dû nous trouver assez convaincante pour se laisser convaincre.

En 2011, Mr a dans sa prise en charge, le CMP (médecin, IDE, AS) la commission CDAPH, l'invalidité, l'équipe des appartements associatifs.

Notre objectif était de trouver un cadre assez rassurant contenant mais souple dans son approche.

En 2012, accord de la MDPH pour l'accompagnement SAVS. Nous sollicitons le SAVS la Cerisaie de l'APAJH afin de présenter notre demande. Plusieurs rencontres avec l'équipe pour présenter Mr, parler du cadre d'intervention c'est-à-dire pas de suivi à domicile pour le moment puisqu'il est toujours en appartement collectif de notre secteur. L'objectif était de s'apprivoiser. L'équipe du SAVS a été intéressé de tenter cette aventure.

Le 1er contact a eu lieu dans nos locaux. Mr explique qu'il ne veut pas participer aux sorties et s'offrir du plaisir tant que son objectif d'appartement n'est pas concrétiser. Il attend et il verra ensuite. Nous insistons sur le fait qu'il faille déjà faire connaissance avant de cibler les objectifs et les moyens à mettre en place. Au fur et à mesure, Mr se livre un peu, il donne son mode d'emploi pour rentrer en contact avec lui. Il a une lecture toujours très fine de ses difficultés et surtout de comment les contourner. Il lance une perche à l'équipe il aime la randonnée lieu d'évasion et de possible bien être.

Pour nous l'accroche a eu lieu, l'équipe du SAVS a su prendre son temps autour d'un café et d'une rencontre tous les mois le vendredi. Un nouvel espace naît dans son univers.

Cette articulation et cette rencontre a été pour nous soignants un pas important, Mr s'ouvre à un ailleurs où il contient un peu ses maux. Il gagne sa place dans la cité. Il est aujourd'hui N1 sur la liste d'attente pour une attribution de logement.

Vous dire aujourd'hui que la mise en logement seul à son nom va être assez rassurante pour Mr M, personne ne peut rien affirmer, par contre nous comptons sur le lien qui existe avec Mr pour l'accompagner et redéfinir avec lui si le besoin.

Mr aujourd'hui sait mieux gérer ses sensations et peut entendre lorsqu'il va trop loin et dérange ses colocataires.

Nous notons que depuis 2008, Mr n'a pas été hospitalisé. Sa relation aux soins est différente, la négociation mensuelle pour changer et diminuer le traitement n'a pu lieu. Une infirmière libérale vient lui délivrer le traitement du soir. Il a pu nous dire qu'elle l'allégeait de cette contrainte.

Mr est au centre d'une prise en charge importante avec des acteurs qui l'accompagnent dans cette rage de se maintenir dehors dans la cité et la place du SAVS va permettre de construire un autre chapitre.

Ce qui est important pour nous est d'avoir trouvé une équipe qui a bien voulu tenter une rencontre hors de leur protocole initial.

4- Outils de l'hébergement actuellement en place sur le pôle de psychiatrie de l'hôpital Robert Ballanger, Aulnay Sous-Bois

Introduction :

Régulièrement nos services d'hospitalisation se trouvent confrontées dans la prise en charge des patients, dans leur réhabilitation, aux difficultés liées à l'hébergement (capacité à vivre seul, à gérer un logement). En effet, dans leurs parcours de soins, nombres d'entre eux nécessitent de pouvoir bénéficier d'un accompagnement particulier afin de pouvoir évaluer leurs capacités dans un logement adapté à leur maladie et pouvoir ainsi bénéficier d'une aide adaptée leur permettant de recouvrer progressivement une autonomie.

Le CHI Robert Ballanger a commencé à mettre en place une Unité d'Hébergement Thérapeutique Intersectorielle (UHTI) qui gère les appartements associatifs et de la Résidence de Luppé (en partenariat avec des associations extérieures), afin d'améliorer les conditions de prise en charge des patients et de donner une cohérence à leur accompagnement. Les structures actuellement existantes sont totalement indépendantes les unes des autres.

L'objectif à terme est de les intégrer dans une ambition plus grande qui serait la création d'un service de réhabilitation psychosociale actuellement absent et dont nous en sentons tous les jours le besoin.

Etat des lieux :

Actuellement les solutions d'hébergement avec accompagnement thérapeutique dont nous disposons sont les suivantes :

- 1- **L'unité Thérapeutique d'Accueil Familial pour Adulte (UTAF)** : Cette unité qui outre les familles d'accueils (13 actuellement mais qui devraient être 16) est composé d'un psychiatre (0.25 ETP), 2 infirmières (2 ETP à compter du 1^{er} juillet 2014), 1 psychologue (1ETP), 1 secrétaire (1 ETP). Toutes les places sont prises et il existe une liste d'attente. Cette unité est actuellement toujours autonome et n'a pas rejoint l'UHTI.
- 2- **Les appartements associatifs** :
Ils fonctionnent avec une convention de partenariat avec l'UDAF qui loue actuellement à l'OPHLM deux appartements, les gère et sous-loue les chambres aux patients. Pour l'UDAF un poste de coordinatrice du service de gestion des colocations a été créé pour gérer ceux-ci (il est occupé par une éducatrice spécialisée) ; elle travaille en partenariat avec le coordinateur médical de l'UHTI et les infirmières effectuant les VAD.

Nous ne disposons actuellement que de 6 places pour des patients qui ont déjà acquis un bon degré d'adaptabilité, d'autonomie ou de capacité à l'acquérir. Ceci est très nettement insuffisant en regard de la demande actuelle et potentielle dans le futur.

Plusieurs patients sont sur liste d'attente.

3- L'appartement du secteur d'Aulnay :

Le secteur de psychiatrie A a bénéficié d'un appartement, un peu similaire au précédent, géré indépendamment, financé indirectement par l'hôpital via l'association Croix Marine ; il bénéficie de 2 places et est occupé par deux patients depuis très longtemps et en attente de foyer. Il devrait rejoindre l'UHTI prochainement.

4- Résidence d'accueil (Résidence de Luppé) :

Elle est le résultat d'un multi partenariat et la gestion en est faite par l'Association de Villepinte. Elle comprend 21 studios dédiés à des patients de psychiatrie. Ces places sont pérennes, elles sont toutes occupées et les patients étant sur cette structure sont suffisamment autonomes. Une convention est signée avec l'Association de Villepinte qui assure la gestion de la résidence et qui a recruté deux travailleurs sociaux présents sur place la journée (CEFS) week-end compris. Elle est ouverte depuis juillet 2014. Elle bénéficie de la venue régulière d'infirmiers des différents services de l'hôpital et du psychiatre de l'UHTI. Il existe déjà une liste d'attente de 10 personnes.

5- Hôtel ou foyer :

Actuellement les patients que nous avons et qui ne sont sur aucune des structures précitées, sont hébergés quand c'est possible sur des hôtels avec une grande précarité. Nombreux d'entre eux restent pour l'heure dans leur famille avec des difficultés que cela représentent, voire sont hospitalisés soit dans le service, soit en clinique quand le retour est devenu impossible. Par ailleurs les places en foyer restent rares.

Réflexions :

Actuellement, malgré les moyens alloués par les autorités de tutelles qui ont permis d'améliorer la situation, l'équipe UHTI n'a pas vraiment pu être créée et le temps pris se fait par détachement des autres services. Ceci ne favorise pas une unité et une cohérence du projet. D'autant que nous avons le projet d'intégrer celle-ci dans un service de réadaptation et de réhabilitation.

6- Les points positifs :

Une très bonne coopération et une unité de vue avec nos partenaires l'UDAF 93 et l'Association de Villepinte.

Il existe une implication des différents intervenants auprès des patients avec une bonne coordination entre eux. Il existe une volonté des différents partenaires de développer les partenariats dans différents projets.

7- Les points négatifs :

Un manque crucial de places, difficile à évaluer, en effet, nous avons une liste d'attente sur la résidence accueil de 10 personnes, comme sur les appartements associatifs. Nous aurions besoins aussi de véritables appartements thérapeutiques. Il semblerait, qu'au moins actuellement, une dizaine de patients, sur les trois secteurs, embolise les lits et que ceux-ci relèveraient de ces derniers. Actuellement, on ne nous adresse plus de demande car on ne peut pas répondre à celle-ci.

Par ailleurs par manque de structures adaptées en France, plusieurs patients sont en attente d'une place ou d'un accord pour la Belgique (pour certains depuis très longtemps).

8- Les projets :

Comme cité précédemment développement des partenariats avec l'UDAF93 et l'Association de Villepinte.

Essayer de mettre en place un partenariat avec le GEM, le SAMSAH. Favoriser les liens entre les structures d'hébergement. Mise en place d'activités sur les structures et inter structures. Offrir un accompagnement social adapté qui soulagerait la lourde tâche des assistantes sociales de chaque secteur. Mise en place d'un service de réadaptation et de réhabilitation. Ces quelques réflexions mettent en avant le manque important de moyens des secteurs rattachés à l'hôpital Robert Ballanger avec des conséquences importantes sur les coûts de santé. Un sentiment de stagnation dans la prise en charge de certain de nos patients.

Dr T Selma
chef de pole
chef de service
psychiatrie C

Dr Maurel
Coordinateur du
CMP
et de l'UHTI

5- Conférence donnée par le Dr Clément Bonnet à l'Association régionale d'aide à la santé mentale IdF sur le rétablissement en décembre 2015 : le logement associatif dans le parcours de soins

Le parcours de soins et de vie d'une personne qui souffre de troubles psychotiques sévères passe habituellement par des moments d'acuité et des périodes de stabilité. Il sera possible de reconnaître dans cet itinéraire plusieurs séquences. Le regard de l'entourage et des professionnels portera tantôt sur la clinique (maladie / déficience), tantôt sur la dimension fonctionnelle (capacités et incapacités) ou sociale (contraintes ou exigences de l'environnement). C'est dans ce contexte que je veux situer la place du logement associatif et je vais me limiter à un type de logement associatif spécifique qui est celui permis par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 03 2002 figurant dans l'article L 3221-2 du CSP.

LES ASSOCIATIONS

Cet article L.3221-2 du CSP autorise dans le cadre du secteur ou d'un établissement le fonctionnement d'une association de soins de prévention de réadaptation et de réhabilitation, regroupant des patients des personnels hospitaliers et de tierces personnes physiques ou morales, « pour mettre en œuvre une démarche thérapeutique ». Je résumerai en parlant d'associations de secteurs.

Tout démarre et tout repose sur l'associatif.

Sans revenir sur l'importance fondamentale de l'associatif dans la PTI rappelons que la fédération Croix Marine soutient cette modalité organisationnelle de travail dans le champ du logement depuis le début des années 80 et c'est elle qui a soutenu l'émergence de l'article 93 de la loi de 2002. Mais aujourd'hui il faut se demander si selon l'expression de B. Durand, président de la fédération Croix Marine, nous n'assistons pas à la « liquidation rampante de cet héritage précieux ».

En effet les efforts associatifs dans ce registre et dans bien d'autres semblent étouffés : les directions des établissements doivent affronter des contraintes budgétaires qui les amènent souvent à réduire les moyens mis à disposition des associations (les directeurs ont tout pouvoir/ à la subvention), les équipes médicales trop souvent soumises aux normes de performance en viennent à oublier les valences relationnelles et environnementales, le militantisme des soignants s'essouffle.....

C'est ainsi que le constat est :

- **Inquiétant** dans le dernier rapport de la Cour des Comptes : « Un objectif de 500 nouveaux appartements associatifs était visé par le plan psychiatrie et santé mentale : le nombre de place a régressé de 400 entre 2000 et 2009 ».

- **Alertant** dans le livre blanc de l'Unafam Paris de 2009 qui estimait à 146 le nombre de places en appartements associatifs, et évaluait la nécessité de créer 420 places en IDF.

Ces associations de secteur fonctionnent dans un dispositif de soins, habituellement elles ne sont pas gestionnaires de personnels. Ce sont les soignants qui prennent l'initiative de créer ces associations, ceux qui veulent favoriser la participation des soignés au processus de soins. D'emblée ils sont confrontés aux nécessités de faire adhérer des militants familles et usagers sans oublier des acteurs de la société civile. La mobilisation est certes difficile, pourtant cet article du CSP est une formidable occasion de faire entrer le bénévolat en santé mentale et de favoriser les articulations entre la vie et les soins. Le besoin d'association sera encore plus vif pour les soignants qui veulent s'engager dans l'accompagnement thérapeutique des patients en dehors des temps d'hospitalisation après les soins curatifs au niveau du logement ou du travail.

LE LOGEMENT ASSOCIATIF

Pour qui ?

Le plus souvent quand les soignants se lancent dans un projet de logement associatif c'est parce qu'ils sont confrontés à la chronicité et à l'impossibilité de proposer des solutions alternatives dans le médicosocial ou le social.

Ces réponses sont construites pour des personnes pour lesquelles se posent les questions de l'accès à un logement et qui souffrent de troubles psychotiques sévères évoluant au long cours avec des mécanismes de dépendance aux institutions soignantes ou aux familles.

Dans le parcours de soins c'est une étape entre l'hôpital et la vie sociale ou entre la famille et l'autonomie.

Pourquoi ?

Dans la mesure où on sait que le logement est un déterminant majeur dans le pronostic de nombreuses situations cliniques, les équipes de santé mentale accordent toujours une importance essentielle à cette donnée. Un logement c'est d'abord avoir une adresse, un chez soi ce qui est fondamental pour des personnes qui ne savent plus où elles habitent. C'est une étape qui va contribuer à reconstruire leur identité, leur estime d'elles-mêmes.

Les questions du logement se posent actuellement avec plus d'acuité aux équipes soignantes dans la mesure où s'imposent des séjours hospitaliers les plus limités possibles alors que les personnes ne sont pas toujours à même de pouvoir habiter. Dès lors des soins de réadaptation par le logement vont s'imposer, sauf à constater le désengagement des équipes de santé mentale et «l'externalisation de la chronicité par abandon du soin... » selon l'expression de J. Perret

Comment ?

Le logement associatif est à l'interface du sanitaire et du social, il va s'appuyer avant tout sur la construction d'une

Situation contractuelle :

C'est un contrat à deux volets, contrat devenu possible car les soins ont permis au patient d'accéder à une conscience relative de ses troubles et de devenir acteur de ses soins (certains ne peuvent accéder à cette possibilité de contracter et restent très dépendants des institutions).

- Un contrat logement qui règle les rapports entre la personne et l'association. Il met à la disposition de la personne le logement dans le cadre d'une sous location et celle-ci s'engage à des comportements qui attestent de son autonomie et de sa responsabilité dans la gestion de sa maladie et dans ses inscriptions sociales.
- Un contrat de soins qui précise les engagements de la personne dans son programme de soins. Ceci fixe un cadre thérapeutique institutionnel indispensable pour qu'un traitement soit possible.

A partir de ces deux volets du contrat les soignants pourront exercer des stratégies adaptées à la situation de la personne. Si elle est dominée par la maladie le cadre thérapeutique est prévalent, quand elle est capable d'autonomie c'est le cadre logement qui est en premier. Les professionnels jouent avec leur double statut celui de soignant et de bailleur.

Ce qui est original et particulier c'est que ce sont habituellement des logements où la personne n'est pas exclusivement utilisatrice des lieux. Elle doit tenir compte des autres résidents dans sa vie quotidienne mais aussi de l'ombre de l'association figurée dans les locaux collectifs (salon, cuisine).

L'appartement est loué par l'association, les membres adhérents et en particulier les soignants investissent obligatoirement les lieux qui sont en partie un peu un chez eux. Ceci est une énorme différence avec l'exercice des VADO... On peut dire que ces logements sont des espaces de réalités partagées par les professionnels et les bénéficiaires. De ce fait ce sont des espaces qui seront défendus par les soignants quand la destructivité de certains sera à l'œuvre et ce sera une bonne base pour en parler et comprendre ce qui est en jeu !

Cette situation contractuelle va se compléter d'interventions soignantes particulières

Les pratiques soignantes spécifiques

L'occupation d'un logement, la vie dans un environnement nouveau va montrer aux soignants comment la personne va investir les espaces, quelles seront ses manières d'habiter. Elle va devoir apprendre ou réapprendre comment protéger et entretenir sa personne et son espace personnel, comment partager ce qui est collectif, comment gérer son budget. Elle va devoir assumer les prises médicamenteuses, les rendez-vous pour ses soins. Elle va devoir composer avec les autres colocataires qui deviennent souvent des co-thérapeutes...toutes ces activités de la vie quotidienne seront utilisées comme objets médiateurs dans le travail relationnel. Ils vont en effet permettre une médiation dans l'accès aux processus psychiques car on sait que les psychotiques vivent avec effroi tout intérêt porté à leur vie psychique.

La rencontre se fait autour des objets médiateurs, les professionnels qui investissent leur activité dans le logement amènent les personnes à investir également la réalité de leur situation. Les stratégies soignantes passent certes par des méthodes de type éducatives et d'apprentissages mais l'acquisition des compétences se joue aussi à travers une évolution personnelle. En effet le travail relationnel permet à la personne d'entrer en relation avec sa propre vie psychique et amène un changement de fonctionnement de la réalité interne.

Ce changement sera possible car le soin psychique qui est ici avant tout une activité va passer du faire au dire, du faire au penser. Les soignants vont parler de ce qui est vécu et ressenti dans toutes ces activités quotidiennes. Un jour sans doute la personne finira par demander pourquoi tel ou tel propos le concerne : ce sera un grand moment d'intérêt pour sa vie psychique et le début possible de changement.

Dans tout ce processus on voit l'importance du lien thérapeutique qui doit permettre à la personne de retrouver une compétence psychique sociale ou instrumentale pour affronter sa situation au sein de son environnement.

L'APRES DES LOGEMENTS ASSOCIATIFS

Si le logement associatif permet de travailler l'autonomie, de restaurer des capacités, de faire en sorte que la personne malgré sa maladie devienne acteur de son projet de vie, encore faut-il qu'elle puisse se séparer de ses soignants, qu'une distension du lien soit possible sans rupture sans abandon et rechute tout en maintenant un lien thérapeutique...et en retrouvant une pleine citoyenneté. C'est le passage de l'accompagnement soignant à l'accompagnement médicosocial et social (de l'action sanitaire à l'action sociale). Ce travail sur la séparation va nécessiter d'autres types d'intervenants, en particulier des SAVS ou des SAMSAH qui doivent contribuer à la réalisation du projet de vie par un accompagnement adapté pour favoriser les liens familiaux sociaux et professionnels et faciliter l'accès à l'ensemble des services de la collectivité, tout en mobilisant la communauté.

On voit que les soins de réadaptation doivent se poursuivre par des actions de réhabilitation et les articulations entre partenaires ne se font pas par des passages de relais mais en restant associés dans un faire ensemble. C'est bien là où on comprend le rôle de l'association qui est au carrefour du sanitaire et du social qui est une surface de partenariats possibles.

CONCLUSIONS

Les logements associatifs ici présentés répondent tout à la fois à des besoins de soins de réadaptation tout autant qu'à une nécessité sociale. Il faut regretter une certaine méconnaissance de la spécificité des soins et des processus de réadaptation en pathologie mentale.

Pour en savoir plus :

Le besoin d'asile : des lieux pour la psychose : Sous la direction de Vassilis Kapsambélis Doin edit 2011

Le quotidien de la psychiatrie : Livia Velpry Armand Colin edit 2008

Logement accompagnement et troubles psychiques : Revue Pratiques en Santé Mentale, n°4, 2011

Logement associatif et Psychiatrie de secteur : Dossier bleu Croix Marine, Juin 2000

Le rôle des CLSM : Dans quelle mesure les CLSM commencent-ils à produire les résultats attendus ?

L'Ars a mandaté le cabinet Itinere pour une évaluation des CLSM. Dans ce rapport la question du logement n'est pas traitée sur un chapitre. Néanmoins, en page 38 et 40 du rapport Itinere on trouve un tableau sur les thématiques des groupes de travail avec 8 CLSM qui travaillent sur logement et page 40 un paragraphe aussi sur la question. Dans la synthèse de l'évaluation la question du travail des équipes de psychiatrie dans le logement est abordée plus explicitement dans la réponse à la question évaluative 3, « **Dans quelle mesure les CLSM commencent-ils à produire les résultats attendus** ». (page 6) :

« Les résultats produits par les CLSM, à considérer avec prudence car encore inégaux, sont indéniablement soutenus par la présence de coordonnateurs, dont le déploiement est lui-même favorisé par le soutien financier de l'ARS et la mise à disposition de ressources méthodologiques.

Au regard des 6 actions prioritaires listées dans le cahier des charges^[1], trois sont particulièrement développés par la majorité des CLSM:

- *L'accès aux soins via notamment la cellule de gestion des cas complexes ;*
- *L'inclusion sociale par l'accès ou le maintien dans le logement ;*
- *La lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques à travers les actions SISM.*

L'information collectée souligne la diversité des projets mis en œuvre. Les thématiques majoritairement concernées renvoient, par ordre d'importance aux problématiques de logement, de sensibilisation / information sur la santé mentale, de santé mentale des enfants ou des adolescents et enfin de soins sous contrainte.

En l'absence de système d'information (y compris modeste) permettant d'avoir accès rapidement à de l'information permettant de caractériser les résultats (indicateurs), les investigations qualitatives permettent d'observer certains effets auprès des CLSM avancés sans pour autant les attribuer à ce jour à l'ensemble des CLSM :

- *Une amélioration des connaissances des professionnels impliqués dans le CLSM sur les ressources et les démarches liées à la santé mentale ;*
- *Une interconnaissance de proximité des acteurs qui soutient la résolution partagée des problématiques ;*
- *Des instances utiles à la concertation mais dont le rôle et le fonctionnement sont localement insuffisamment définis ;*
- *La possibilité accrue de concrétisation de projets utiles ;*
- *Une fonction de veille et d'alerte peu mise en œuvre et qui reste à définir.*

^[1] 1-Observation locale ; 2-Prévention et amélioration de l'accès aux soins ; 3-Education et promotion en santé mentale ; 4-Inclusion sociale et lutte contre l'exclusion ; 5-Lutte contre la stigmatisation ; 6-Promotion d'outils d'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiques.

Quant à lutte contre la stigmatisation, la méthode mise en œuvre ne permet pas d'identifier la contribution des CLSM à cet objectif. Des actions en ce sens sont cependant menées dans l'ensemble des territoires. »

Parallèlement en page 8 de l'état des lieux des CLSM produit par le CCOMS , la question du travail dans le logement est analysée :

Logement / habitat

« Le logement, composante essentielle dans la vie de chacun, est traité dans 76 % des CLSM. Différentes actions ont été mises en place : création d'outils, de structures, des formations... :

- *groupe de travail sur le « savoir habiter » et un projet de résidence accueil ;*
- *conférence avec les gardiens d'immeubles;*
- *signature d'une convention avec le CCAS pour la mise à disposition de logements dans un foyer résidence pour des personnes suivies par les services de psychiatrie, rencontres régulières facilitant la connaissance réciproque de tous les intervenants dans le domaine de l'habitat ;*
- *incurie du logement : création d'un guide et d'un guichet unique ;*
- *élaboration d'un guide sur les structures locales, les mesures d'accompagnement...;*
- *une fiche d'évaluation partagée des situations préoccupantes et un protocole d'utilisation ont été créés. Cette fiche permet de faciliter le partage d'informations sur des situations difficiles repérées, notamment par les gardiens. Cela permet de mieux anticiper et de prévenir les situations pour mettre en place des actions coordonnées. »*

Annexes 4 : personnes et équipes rencontrées

Paris 75

St Anne :

Dr Gérard Massé

Mme Marie Claude Assouline (atelier logement) et Mme Joigneaux

Maison Blanche :

M. Lazare Reyes

Mme Christine Fontaine

Dr Brigitte Ouhayoun

Dr Clément Bonnet et l'équipe ASM20

M. Tim Greacen

Perray-Vaucluse :

Mme Sylvie Mallet

CHS Esquirol (St Maurice) :

Dr Marie Christine Cabié et son équipe

Dr Gilles Vidon et son équipe

Dr Frédéric Khidichian et Mme Valette

ASM 13 :

Dr Bonnemaïson, Mme Adam-Cesari, et l'équipe du Pôle Psycho-Social ;

Seine et Marne 77

CH Melun :

Dr L. Musson

Yvelines 78

Dr Anne Rosso et équipe de liaison du RPSM Sud Yvelines

Essonne 91

CH Sud Francilien:

Association Diagonales (Corbeil Essonnes) : Mme Ladieu, présidente

Hauts de Seine 92

CASH de Nanterre :

Dr Tryantafyllou et M. Langlois

Clinique MGEN de Rueil Malmaison :

M. Martin, Dr Dubouis, et équipe du dispositif Réhabilitation

Erasmus, Antony :

Dr Agnès Metton, équipes des appartements associatifs, équipe de la maison thérapeutique.

Seine St Denis 93

Robert Ballanger, Aulnay sous-bois :

Dr Fabrice Pécot, Dr Maurel

Ville Evrard :

Dr Abaoub-Germain (Aubervilliers)

Val de Marne 94

Paul Guiraud :

Dr Ferrandi

Les Murets, La Queue en Brie

Mme Nathalie Peynegre, directrice, et représentants de tous les secteurs

Val d'Oise 95

Simone Veil, Eaubonne, pour la Maison Lucien :

M. Filippa, responsable de la Maison Lucien, Dr Mesure, chef de pôle, et M. Dessane, Président de l'association ESPERER 95

Victor Dupouy, Argenteuil :

Dr Lamisse et son équipe

DOSMS

35, rue de la Gare – 75935 Paris Cedex 19

Tél. : 01 44 02 00 00 Fax : 01 44 02 01 04

ars.iledefrance.sante.fr

